

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina de Lisboa



Titulo:

Impacto da Infertilidade no Funcionamento e Satisfação Sexual
Feminina

Pedro Conde

Mestrado em: Sexualidade Humana (2ª Edição)

Lisboa, Março de 2012

A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 2 de Março de 2010.

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina de Lisboa



Titulo:

Impacto da Infertilidade no Funcionamento e Satisfação Sexual
Feminina

Pedro João Casado Conde

Mestrado em: Sexualidade Humana (2ª Edição)

Dissertação Orientada pelo Prof. Doutor Miguel Oliveira da Silva

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

“Não há nada que dominemos inteiramente a não ser os nossos pensamentos”.

(Descartes)

“A parte que ignoramos é muito maior que tudo quanto sabemos”.

(Platão)

PREÂMBULO E AGRADECIMENTOS

A realização do Mestrado em Sexualidade Humana possibilitou a aquisição de conhecimentos numa área tão presente e fundamental da vida humana, a da sexualidade, contribuindo para um crescimento pessoal e enriquecimento profissional.

Gostaria de deixar uma palavra de agradecimento, sincero e profundo para:

Prof. Dr. Rui Xavier pelo estímulo e exigência crescente que foi impondo à medida que a pós graduação caminhava para o final. Por me ter transmitido a sua paixão pela Sexualidade.

Prof. Dr. Miguel Oliveira da Silva, pela orientação, pelas críticas, sugestões, tempo e disponibilidade sempre revelada.

Prof. Sandra Byers pela permissão de utilização da escala - *Global Measure of Sexual Satisfaction*.

Dr. William E. Snell pela permissão de utilização da escala - *The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual depression, and sexual-preoccupation*.

Dr. Pedro Pechorro pela permanente disponibilidade, confiança demonstrada incentivo e pela permissão de utilização da escala - *O Índice de Funcionamento Sexual Feminino*.

Todos os colegas de Mestrado, pela motivação e conhecimento partilhado.

Por último, gostaria de agradecer à minha família, à minha mulher e aos meus filhos o apoio e alegria que me transmitem todos os dias.

Resumo

A infertilidade é definida como a incapacidade de engravidar após um ano de relacionamento sexual regular e desprotegido. É um problema que afecta 10 a 15 % dos casais. Os desafios físicos, psicológicos e financeiros colocados pela infertilidade podem causar um impacto negativo na sexualidade. A expressão sexual do casal infértil pode ficar fragilizada, reduzida a algo de mecânico e forçado. A mulher do casal infértil que pretende ser mãe biológica submete-se muitas vezes a anos de investigação diagnóstica e terapêutica com exposição da sua intimidade e alterações consideráveis na sua sexualidade.

Este estudo tem como objectivo estudar o impacto da infertilidade no funcionamento e satisfação sexual feminina.

A amostra é constituída por 208 mulheres (107 mulheres de casais com infertilidade – grupo caso e 101 mulheres sem diagnóstico de infertilidade – grupo controlo). Foram utilizados dois questionários, constituídos por itens sócio-demográficos e três escalas de auto-resposta (Índice de Funcionamento Sexual Feminino; Medida Global de Satisfação sexual; Escala de Sexualidade).

Os resultados demonstraram que a infertilidade tem um impacto considerável no funcionamento e satisfação sexual feminina. As mulheres dos casais com infertilidade têm menores níveis de funcionamento sexual e de satisfação sexual. Têm menor auto-estima sexual, maior depressão sexual e maior preocupação sexual. A duração da infertilidade influencia a preocupação sexual, as mulheres dos casais com maior duração de infertilidade (> 5 anos) têm maior preocupação sexual. As mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há mais de 2 anos têm

menos desejo, satisfação, menor auto-estima sexual e maior depressão sexual. Contrariamente a alguns estudos, não se verificou qualquer influência da infertilidade em dimensões do funcionamento sexual como o orgasmo.

Os resultados sugerem a necessidade de se desenvolver estratégias de modo a que o casal infértil possa aceder a acompanhamento especializado na área da sexualidade durante o período de investigação e tratamento.

Palavras-chave: infertilidade; sexualidade, funcionamento sexual; satisfação sexual.

Abstract

Infertility is defined as the inability to conceive after one year of unprotected regular intercourse. It is a problem that affects 10-15% of couples. The physical challenges, psychological and financial aspects of infertility may cause a negative impact in sexuality. Sexual expression of the infertile couple can be reduced to something mechanical and forced. The impact of infertility is physical, psychological, emotional, financial and sexual. The infertile woman who wants to be a biological mother often undergoes years of diagnostic investigation and therapy with exposure of her intimacy and considerable changes in her sexuality.

The present study was conducted to assess the impact of infertility in female sexual functioning and sexual satisfaction. 208 women (107 women of infertile couples - case group and 101 women without a diagnosis of infertility - control group). Two questionnaires were used, made up by socio-demographic items and three self-response scales (Female Sexual Function Index, Global Measure of Sexual Satisfaction; Sexuality Scale). The results demonstrated that infertility has a major impact in female sexual functioning and sexual satisfaction. Women of infertile couples have lower levels of sexual functioning and sexual satisfaction. Lower sexual self-esteem, greater sexual depression and sexual preoccupation. The duration of infertility influences sexual preoccupation, women of infertile couples with longer duration of infertility (> 5 years) have greater sexual preoccupation. Women who began the infertility treatment for more than two years have less desire, sexual satisfaction, lower sexual self-esteem and higher sexual depression. Unlike some

studies, there was no influence of infertility in dimensions of sexual functioning as orgasm.

The results suggest the need to develop strategies for infertile couples access to specialized sexual assistance during the investigation and treatment period.

Keywords: infertility; sexuality; sexual functioning; sexual satisfaction.

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
2. DESEJO DE MATERNIDADE	2
3. RESPOSTA E FUNCIONAMENTO SEXUAL	8
3.1. Perspectiva Histórica	8
3.2. Desejo	11
3.3. Excitação	12
3.4. Orgasmo	13
3.5. Resolução	14
4. SATISFAÇÃO SEXUAL	14
5. DISFUNÇÃO SEXUAL	16
5.1. Definição	16
5.2. Prevalência	17
5.3. Etiologia	17
5.4. Classificação	19
6. FISIOLOGIA DA REPRODUÇÃO HUMANA	21
7. INFERTILIDADE	28
7.1. Definição	28
7.2. Incidência e Prevalência	29
7.3. Tipos, Causas e Consequências	30
7.4. Estudo do Casal Infértil	34
7.5. Tratamento do Casal Infértil	35
7.6. Infertilidade e Sexualidade	40
8. OBJECTIVO DO ESTUDO	44
8.1. Objectivo Principal	44
8.2. Objectivos Secundários	44
9. METODOLOGIA	47
9.1. Tipo de Estudo	47
9.2. Tipo de Amostra	48

Índice

9.3. Critérios de inclusão	48
9.4. Recrutamento	48
9.5. Dimensão da amostra	49
9.6. Organização	49
9.7. Instrumento de colheita de dados	50
9.7.1. Grupo Caso	50
9.7.2. Grupo Controlo	54
9.8. Colheita de dados	54
9.9. Tratamento de dados	57
10. RESULTADOS	59
10.1. Caracterização da amostra	59
10.2. Consistência interna	71
10.3. Hipóteses	73
11. DISCUSSÃO	87
12. CONCLUSÃO	98
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
14. ANEXOS	113

Índice de Quadros

Quadro 1. Prevalência da infertilidade na Europa	30
Quadro 2. Aplicação de questionários	56
Quadro 3. Caracterização da amostra relativamente à idade das mulheres	60
Quadro 4. Caracterização da amostra relativamente à raça e etnia	61
Quadro 5. Caracterização da amostra relativamente à escolaridade	62
Quadro 6. Caracterização da amostra relativamente ao estado civil	64
Quadro 7. Caracterização da amostra relativamente á religião	64
Quadro 8. Caracterização da amostra relativamente á idade do parceiro e anos de vida em comum	65
Quadro 9. Número de filhos biológicos	66
Quadro 10. Tipo de Infertilidade	67
Quadro 11. Causa de Infertilidade	67
Quadro 12. Anos de Infertilidade	68
Quadro 13. Duração da Infertilidade	68
Quadro 14. Tratamento da Infertilidade	68
Quadro 15. Número de anos de espera para realizar tratamento	69
Quadro 16. Tratamento da Infertilidade e número de anos em tratamento	69
Quadro 17. Tratamento da Infertilidade e número de anos em tratamento	69
Quadro 18. Estatística descritiva	71
Quadro 19. Consistência interna – <i>FSFI</i>	72
Quadro 20. Consistência interna – <i>GMSEX</i>	72
Quadro 21. Consistência interna – <i>SS</i>	73
Quadro 22. Pontuação do <i>FSFI</i>	74
Quadro 23. Aplicação do Teste de <i>t-Student</i> – <i>FSFI</i>	76
Quadro 24. Significância das diferenças – <i>FSFI</i>	77
Quadro 25. Pontuação do <i>FSFI</i> para a dimensão – Satisfação Sexual	78
Quadro 26. Aplicação do Teste de <i>t-Student</i> - Satisfação Sexual	78
Quadro 27. Pontuação do <i>GMSEX</i>	78
Quadro 28. Aplicação do Teste de <i>t-Student</i> – <i>GMSEX</i>	79
Quadro 29. Significância das diferenças – <i>GMSEX</i>	79

Índice de Quadros

Quadro 30. Pontuação da SS	80
Quadro 31. Aplicação do Teste de <i>t-Student</i> - SS	81
Quadro 32. Significância das diferenças SS	81
Quadro 33. Significância das diferenças (< 5 anos infertilidade vs > 5 anos - <i>FSFI</i> ; <i>GMSEX</i> ;SS)	82
Quadro 34. Significância das diferenças (início de tratamento vs não ter iniciado tratamento - <i>FSFI</i> ; <i>GMSEX</i> ;SS).	84
Quadro 35. Significância das diferenças (< 2 anos de tratamento vs > 2 anos de tratamento - <i>FSFI</i> ; <i>GMSEX</i> ;SS)	85

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição da amostra em função da existência de infertilidade	59
Gráfico 2. Escalões etários	61
Gráfico 3. Escolaridade	62
Gráfico 4. Classe social	63
Gráfico 5. Estado civil	63
Gráfico 6. Modificação da vida sexual	70

Índice de Anexos

1. DOCUMENTOS	114
Documento nº 1. Declaração do orientador da Tese de Mestrado	114
Documento nº 2. Autorização das instituições para aplicação dos questionários	115
Documento nº 3. Autorização das instituições para aplicação dos questionários	117
Documento nº 4. Autorização de utilização da escala – FSFI – validada para a população portuguesa	118
Documento nº 5. Autorização de utilização da escala – GMSEX	119
Documento nº 6. Autorização de utilização da escala – SS	120
Documento nº 7. Esclarecimento - informação facultada por escrito às participantes no estudo	121
Documento nº 8. Declaração de Consentimento Informado	123
2. QUESTIONÁRIOS	124
2.1. Questionário Demográfico – Grupo Caso	124
2.2. Questionário Demográfico – Grupo Controlo	126
3. Definição de Posições Sociais	127
4. Escalas de Auto-Resposta	129
4.1. FSFI	129
4.2. GMSEX	135
4.3. SS	136
5. OUTPUTS DA ESTATÍSTICA DESCRITIVA	137
6. OUTPUTS DA CONSISTÊNCIA INTERNA	162
7. OUTPUTS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA	167
7.1. Hipótese nº 1	167
7.2. Hipótese nº 2	170
7.3. Hipótese nº 3	171
7.4. Hipótese nº 4	173
7.5. Hipótese nº 5	178
7.6. Hipótese nº 6	182

1. INTRODUÇÃO

A fertilidade assegura a continuidade da espécie, a transmissão de genes ao longo das gerações, tem sido ao longo dos tempos e culturas uma questão fundamental para o ser humano.

A reprodução tem sido amplamente descrita na história da humanidade. Na Bíblia, a mulher que se tornava mãe era aquela que recebia a bênção, a infertilidade era sinónimo de maldição.

A infertilidade é definida como a incapacidade de engravidar após um ano de relacionamento sexual regular e desprotegido. É um problema que afecta 10 a 15 % dos casais, não pode ser estudada e compreendida sem se ter em consideração o contexto histórico-social. Historicamente, a maternidade construída como o ideal maior da mulher, único caminho para alcançar a plenitude, a realização da feminilidade, em sincronia com a necessidade da anulação pessoal, da abnegação e do sacrifício começa a tomar forma no ocidente nas últimas décadas do século XVIII. Surge então o ideal do dever e do sacrifício e a maternidade passa a ser entendida como um sofrimento voluntário e indispensável para a mulher normal ¹, o que ainda hoje está fortemente presente no pensamento social.

“Biologicamente e por temperamento as mulheres foram feitas para se preocuparem primeiro e principalmente com os cuidados com os filhos, cuidados com o marido e cuidados com o lar” (Benjamim Spock, 1969)².

Apesar das transformações observadas nas concepções e práticas relacionadas com a infertilidade, fundamentadas principalmente no avanço do

conhecimento científico, a condição de infértil tem sido complexa para as mulheres, atravessando séculos de história e rompendo limites geográficos e culturais. Desde tempos ancestrais e na grande maioria das civilizações existem registros relativamente á incapacidade de conceber um filho. É vasta a literatura que demonstra o peso e as consequências da infertilidade para a mulher, considerada muitas vezes amaldiçoada pelos Deuses, sendo discriminada e frequentemente ostracizada e colocada á margem da sociedade, uma vez que esta durante muitos séculos foi considerada como única responsável pela infertilidade do casal ³. Ao longo da história o símbolo da fertilidade foi sempre a mulher. Entre as civilizações mais antigas apenas a Egípcia foi exceção, pois a mulher ocupava um lugar de destaque, sendo merecedora de respeito, o seu estatuto legal equivalia ao do homem. Noutras civilizações como a Hebraica, era impensável a existência de causas masculinas de infertilidade, a mulher quase sem direitos nem liberdade, era infértil por castigo dos Deuses, era permitido ao homem o divórcio caso a mulher fosse estéril e a sua troca por outra. Apenas com as nações árabes se iniciou o reconhecimento nas escolas médicas de que a infertilidade poderia ser também masculina ³. Contudo, o conceito de infertilidade de causa masculina, só surgiu nos últimos 50 anos ⁴.

A própria imposição social da maternidade para a “mulher normal” e as consequências pessoais e sociais dos problemas reprodutivos, são exemplos que abrangem diferentes sociedades e momentos históricos, *Kitzinger* ⁵, no seu estudo antropológico sobre a maternidade, refere que nalgumas tribos africanas a importância atribuída à fertilidade era demonstrada pelas estratégias utilizadas pelo casal, se o marido fosse impotente, a mulher era incentivada a manter relações

sexuais com parentes e amigos até que engravidasse, se a mulher não engravidava, encontrava-se outra que pudesse ter filhos “em seu nome”. Nos estudos históricos e antropológicos, raramente se encontram referências à infertilidade masculina, o que sugere que os problemas reprodutivos do casal têm sido, desde sempre, atribuídos às mulheres, engendrando metáforas e simbologias pejorativas e humilhantes, principalmente nas sociedades patriarcais.

Os estudos sobre a infertilidade só começaram a ganhar visibilidade na década de cinquenta. Talvez porque não houvesse interesse real na mulher-mãe e sim na mãe-instrumento, a serviço do filho. *Stanton e Dunkel-Schetter* ⁶ fizeram uma revisão da literatura e encontraram basicamente três modelos psicológicos de infertilidade. Até à década de 70 predominou o *primeiro modelo*, baseado em pressupostos psicodinâmicos, que focalizava as causas da infertilidade e a conceitualizava como doença psicossomática, atingindo principalmente as mulheres. O *segundo modelo*, considerava a infertilidade como uma das principais crises da vida, um problema geralmente insolúvel que ameaça importantes objectivos de vida, onera recursos pessoais e traz à tona importantes problemas do passado não resolvidos ⁷ produzindo uma sequência previsível de padrões emocionais. O *terceiro modelo* analisava a infertilidade a partir dos estudos sobre stress e é descrito por *Stanton e Danoff-Burg* ².

Os estudos actuais sobre infertilidade feminina mostram efeitos psicológicos múltiplos e interrelacionados, abrangendo desde aqueles propriamente pessoais, como o stress, sentimentos de perda e o compromisso da auto-estima, até as dificuldades de relacionamento conjugal, implicando mesmo um prejuízo mais extenso para o relacionamento social e sexual ⁸. Assim, a sexualidade e a

infertilidade encontram-se fortemente relacionadas, pois quando o homem, ou a mulher se apercebem da sua infertilidade, os sentimentos de inadequação pessoal e sexual podem resultar em conflitos conjugais, disfunção sexual, insatisfação, depressão, hostilidade e sentimentos de culpa ⁹.

Este trabalho nasce da necessidade de compreender melhor o impacto da infertilidade no funcionamento e satisfação sexual feminina. Reúne uma primeira parte de cariz teórico, a fundamentação teórica e uma segunda parte referente ao estudo realizado, seus objectivos, sua metodologia, discussão e conclusão.

2. Desejo de Maternidade

A parentalidade é um aspecto importante para a maioria dos casais, a concepção e a criação dos filhos são o resultado esperado do seu relacionamento afectivo-sexual. A família e a sociedade podem exercer pressões consideráveis no casal com infertilidade.

Le Breton ¹⁰, um antropólogo francês, que trabalha, a questão do corpo numa perspectiva antropológica, considera que no discurso científico contemporâneo, o corpo é tomado como simples suporte da pessoa. Na pós-modernidade, o corpo é uma espécie de rascunho que pode e deve ser reparado e melhorado, quando não responde às elevadas expectativas narcísicas, características das sociedades ocidentais contemporâneas. Assim, as pessoas entregam-se e a ciência intervém na reparação. Ao estudar a infertilidade feminina, a questão do corpo surge e o corpo feminino que se nega à reprodução fica sob suspeita. Na infertilidade, há um

desfazamento entre o corpo e o desejo, o corpo recusa-se a atender ao desejo da maternidade. O corpo infértil é o “rascunho” de um corpo apto a reproduzir-se e portanto pede reparação. Esta concepção procura expressar a dualidade eu-corpo e dessa forma, perante a infertilidade feminina, o corpo infértil faz eclipse do sujeito infértil. Além disso, o corpo feminino é invadido na sua intimidade. Exames cada vez mais sofisticados revelam com detalhe a anatomia e a fisiologia. Para o autor, a infertilidade, muitas vezes, é uma condição provisória “da qual o tempo – ou as palavras – livra”.

A infertilidade leva as mulheres a uma situação de perda e de fracasso que requer um novo posicionamento subjetivo. Ela pode representar um adiamento ou um impedimento em relação à gravidez. Se a maternidade é tomada no contexto actual como desejo, o adiamento da sua satisfação pode gerar mal-estar num período marcado pelo imediatismo. Afinal, no mundo pós-moderno veloz e voraz, tudo deve ser usufruído instantaneamente. Numa situação mais grave, quando a infertilidade leva ao impedimento da gravidez, há uma experiência de perda, fracasso e frustração. Aliada a esse facto, a infertilidade parece ganhar conotação de falha e perda. A imagem abalada, a perfeição inalcançada e a intensa preocupação com o autodesempenho dificultam a vivência de perdas pelo sujeito. Assim, a posição subjectiva diante do encontro com a verdade da infertilidade parece remeter a mulher a um profundo mal-estar. A pós-modernidade influencia a vivência subjectiva da infertilidade feminina, pois propicia uma relação muito particular do sujeito com o seu corpo, que emerge como suporte de elevadas exigências na actualidade.

A tecnologia empregue no tratamento da infertilidade potencializa uma relação instrumental da mulher com o seu corpo, inaugurada desde a contracepção, que permitiu a imagem de um corpo controlável e de uma gravidez programável.

As mulheres que vivem a infertilidade vêem-se diante de um percurso de provações físicas e emocionais e do desafio de dar sentido à própria experiência. O projecto de ter um filho parece situar-se entre o desejo pessoal e a tradição, assim, como a infertilidade feminina, ambos se caracterizam pelo desejo de obter prazer individual e pelo desejo tradicional de uma família e de maternidade.

O mundo contemporâneo e o estilo de vida ocidental dificultam a vivência do sentimento de perda e o encontro com os limites, o que torna ainda mais difícil a experiência da infertilidade. Na era pós-moderna da contradição, da multiplicidade e da fluidez, o narcisismo da cultura exacerba um ideal de feminilidade que busca um estereótipo de mulher que mira a perfeição. Perfeita nas formas e no desempenho de variados papéis sociais, a imagem almejada da mulher na pós-modernidade valoriza também o poder de escolher ser ou não mãe, poder esse violado pela infertilidade.

As alterações dos padrões demográficos ocorridas nos últimos cinquenta anos nos países desenvolvidos, colocam os problemas da baixa natalidade e da renovação de gerações como uma das questões mais sensíveis das sociedades contemporâneas. A medicina ao permitir um controle quase total sobre a concepção, faz com que a maternidade geralmente chegue de forma planeada.

O desejo de procriação é natural, faz parte da evolução biológica e emocional de todo o ser humano. Para a mulher talvez este desejo reflecta-se como uma

obrigação maior, uma vez que é ela quem engravida e dá à luz o produto da concepção.

A concepção, o nascimento e a maternidade podem ser considerados experiências únicas e importantes para a mulher. O desejo de ter um filho é algo extremamente complexo, os casais habitualmente decidem ter filhos, pois consideram que a vida será mais gratificante com eles. Ter um filho poderá significar de certa forma alcançar a imortalidade, quando a concepção não se verifica, o insucesso pode tornar-se intolerável e esses casais passam a procurar soluções para a sua infertilidade. O desejo que moveu a decisão da maternidade é importante, pois influencia o modo como os casais encaram a infertilidade. As expectativas do casal relativamente à parentalidade, constituem um factor identificado como determinante no modo como esta crise é vivida. A infertilidade é tanto mais valorizada pelo casal, quanto maior o seu empenho na parentalidade ¹¹.

Após muitos anos, durante os quais têm esperança de conceber, alguns desses casais irão confrontar-se com o facto de que nunca poderão ser pais biológicos. Pelo que, experimentam a perda e o sentimento de pesar, mesmo não se defrontando com uma morte real, os casais inférteis atravessam um processo de luto, por um filho que deixou de ser uma realidade possível ¹².

3. Resposta e Funcionamento sexual

3.1. Perspectiva Histórica

A partir do século XIX o comportamento sexual começou a suscitar o interesse dos cientistas da época. Os relatórios sobre sexualidade, *Kinsey* (na década de 50), *Masters e Johnson* (na década de 60) e *Shere Hite* (na década de 70), ficaram na história da sexualidade. Na área de sexualidade, estes autores são marcos fundamentais no século XX. *Alfred Kinsey*, pelo seu pioneirismo na utilização da estatística em grandes amostras e pelo inequívoco mérito de colocar a sexualidade em discussão. O casal *Masters & Johnson*, pelos seus conhecimentos clínicos que ainda hoje são aplicados em terapia sexual ¹³, e pela investigação e expansão do conhecimento científico sobre a resposta sexual ¹⁴. O trabalho de *Shere Hite* obteve reconhecimento pela sua postura feminista em defesa do prazer sexual da mulher. Para muitos autores contemporâneos, estes investigadores da ciência sexual do século XX, com as suas descobertas, análises e comentários, formataram uma concepção racional da sexualidade.

Masters e Johnson foram os primeiros autores a desenvolver um modelo integrado e completo de ciclo de resposta sexual, linear e progressivamente sequenciado em quatro fases – excitação, platô, orgasmo, e resolução. A excitação com duração de minutos a horas, é a estimulação psicológica e/ou fisiológica para o acto, corresponde à lubrificação vaginal na mulher e à erecção peniana no homem. Caracteriza-se basicamente por dois fenómenos, vasocongestão e miotonia, culminando na formação da plataforma orgástica.

Consideraram que a excitação em ambos os sexos pode ser iniciada por estímulos sensoriais, assim como fantasias. A visão, tacto, odor, paladar e a recordação de experiências anteriores ou de fantasias podem-se combinar para produzir um estado de excitação. O limite para ter um efeito é influenciado por factores físicos, psicológicos e sociais.

A fase de planalto caracteriza-se por excitação contínua, prolonga-se entre 30 segundos a vários minutos.

O orgasmo (*orge*, do Latim, significa agitação, irritação, é uma descarga de imenso prazer, representada no homem pela ejaculação peniana. Segundo *Wilhelm Reich* ¹⁵, é “tensão que aumenta, atinge o auge, e é descarregada, gerando relaxamento corporal”. É a fase de excitação máxima, com grande vasocongestão e miotonia rítmica da região pélvica, caracteriza-se por uma sensação intensa de prazer que é acompanhada de uma série de reacções fisiológicas que ocorrem como culminar de uma experiência sexual, seja de coito ou de masturbação. É o clímax da resposta sexual e caracteriza-se por uma série de contrações rítmicas da plataforma orgástica, com intervalo de 0,8 segundos. Varia de um acto sexual para outro, mas, em geral, consiste em 15-18 contracções rítmicas dos músculos transversos do períneo e elevador do ânus, que convergem nas paredes laterais do terço inferior da vagina. As 5-6 primeiras contracções são as mais intensas. Resultam de reflexos da medula espinal que provocam, também, o aumento da motilidade tubária e contracções uterinas semelhantes às do parto. Esta fase é seguida de relaxamento e involução da resposta (resolução).

A fase de resolução, caracteriza-se por um estado subjectivo de bem-estar que se segue ao orgasmo, no qual predomina o relaxamento muscular. Tem

duração de minutos a horas. Nos homens, caracteriza-se por um período refractário no qual o organismo necessita estar em repouso, não aceitando mais estimulação.

Em 1977 *Kaplan* devido a algumas doentes que demonstravam uma total ausência de desejo sexual, propôs a existência de uma fase de desejo que ocorreria antes da excitação. *Kaplan* denominou o seu modelo de trifásico, menosprezando a fase de resolução por considerá-la apenas o retorno fisiológico a uma etapa prévia à excitação. A influência do modelo trifásico de *Kaplan* é notória na nomenclatura utilizada na descrição actual das perturbações sexuais adoptada pela *American Psychiatric Association* e pela *World Health Association*. A fase do desejo ou apetência corresponderia à vontade de estabelecer uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial (audição, visão, olfacto etc.), ou da memória de vivências eróticas e de fantasias. O novo esquema considerava o ciclo de resposta sexual, consituído pelas fases do desejo, excitação, orgasmo e resolução ^{16,17}. Apesar de permanecer como modelo dominante, tem vindo a ser contestado por vários motivos, nomeadamente o facto de existirem boas evidências extraídas de amostras não clínicas de que sensivelmente 30% das mulheres sexualmente experientes e habitualmente orgásticas nunca tiveram desejo sexual espontâneo ao longo da sua vida. *Levine* estabeleceu uma definição integradora do desejo sexual segundo a qual este é “uma energia psicobiológica que antecede e acompanha a resposta de excitação sexual e tende a produzir comportamento sexual ou, mais recentemente, a soma das forças responsáveis pela procura de comportamentos sexuais ^{18, 19}”.

Em 2002, a psiquiatra canadiana *Rosemarie Basson* descreveu o “Modelo Circular da Resposta Sexual Feminina”, no qual, nos relacionamentos de longo prazo, a mulher iniciaria a relação a partir da neutralidade sexual, isto é, quando

estimulada pelo parceiro atingiria graus crescentes de excitação, motivada pela intimidade, pelo ganho secundário do vínculo afectivo, ou por outras razões não sexuais, antepondo a excitação ao desejo ²⁰. O desejo desenvolver-se-ia posteriormente, sendo uma consequência e não a causa do acto sexual ²⁰. *Basson* propõe assim, um modelo de cinco fases que foca a intimidade, sugerindo que para uma grande maioria de mulheres o desejo de aumento da intimidade é a força motriz do ciclo de resposta sexual feminino. Este modelo valoriza a resposta e a receptividade femininas, postulando que para muitas mulheres, é o desejo de intimidade, ao invés de um impulso biológico, o desencadeador do ciclo de resposta sexual ²⁰.

3.2. Desejo

O desejo como primeira fase do ciclo de resposta sexual consiste num sentimento de atracção sexual em relação ao outro. Habitualmente o desejo é desencadeado por estímulos sensoriais, como por exemplo observar alguém atraente, ouvir a voz dessa pessoa ou evocar recordações acerca de momentos vividos. O cérebro pode ser considerado o maior órgão sexual, na fase do desejo os primeiros eventos e modificações ocorrem no cérebro. O cérebro da mulher perante um estímulo sensorial, uma imagem, uma fantasia, ou memória liberta neurotransmissores. Uma elevada concentração de receptores de estrógenos, andrógenos ²¹ e progesterona estão presentes no hipotálamo, região do cérebro que controla o humor e o processo de resposta sexual ²².

As teorias mais recentes acerca do desejo sexual estendem-se desde modelos puramente dinâmicos até aos modelos biológicos que se focam em mecanismos hormonais e cujos resultados são controversos uma vez que nem sempre são confirmados noutras investigações ²³.

3.3. Excitação

A resposta cerebral começa através da mediação de neurotransmissores que conduzem a modificações vasculares e não vasculares que resultam no relaxamento da musculatura lisa, provocando aumento do fluxo sanguíneo pélvico, lubrificação vaginal e aumento da vascularização clitorina. A excitação constitui a segunda fase do ciclo de resposta sexual e caracteriza-se por reacções fisiológicas ao desejo. A estimulação física assim como a psicológica podem desencadear a excitação sexual. Durante a excitação sexual, as terminações nervosas parassimpáticas provenientes do plexo sagrado libertam nas estruturas genitais, acetilcolina, peptídeos vasodilatadores e óxido nítrico tendo como resultado a dilatação e congestão venosas, causando a erecção do clítoris e a tumescência dos pequenos lábios que fazem saliência e alongam funcionalmente a vagina. Estimulam a secreção das glândulas de *Bartholin*, responsáveis pela lubrificação durante o acto sexual. A excitação provoca assim, um conjunto de alterações vasculares ¹⁴, a vasocongestão dos tecidos profundos na vagina causa uma transudação que ocorre em 10 a 30 segundos após o início da excitação sexual. A lubrificação permite neutralizar a acidez normal da vagina, ajuda na sobrevivência dos espermatozóides e facilita o coito. A vasocongestão também cria um rubor na porção superior do

tórax, pescoço e dorso em 70 a 75 por cento das mulheres. As mamas e a aréola engurgitam por causa da vasocongestão, a ereção do mamilo é um sinal precoce de excitação nas mulheres ¹⁴.

O clitóris aumenta e torna-se mais sensível ao toque e pressão, os grandes lábios variam em função da paridade. Em mulheres nulíparas ficam mais planos e finos pela contração muscular durante a excitação e orgasmo. Nas multíparas, aumentam duas a três vezes de tamanho com a vasocongestão devido ao desenvolvido de uma extensa rede vascular. Os pequenos lábios também aumentam de tamanho em todas as mulheres devido á vasocongestão durante a excitação. Na fase de planalto os lábios adquirem uma coloração vermelha escuro ou violeta ²⁴.

Bancroft considera que a excitabilidade é a sensibilidade cognitiva a indícios sexuais externos, sugerindo que uma alta excitabilidade implica um aumento da percepção, consciência, processamento dos indícios sexuais e das respostas corporais à excitação sexual ²³.

3.4. Orgasmo

Durante o orgasmo os músculos bulbocavernoso e pubococcígeo contraem ritmicamente (primeiro fortemente e posteriormente com menor intensidade e em intervalos mais longos). As mulheres frequentemente experimentam as contrações do orgasmo mais do que os homens. As sensações orgásticas estão relacionadas com descargas eléctricas que ocorrem no córtex límbico e com a libertação de endorfinas. A maioria das mulheres experimentam uma sensação de bem-estar a

menos que haja sentimentos de conflito ou de culpa. Algumas mulheres referem satisfação psicológica e relaxamento sem orgasmo aparente ²⁴. As mulheres têm a capacidade única de serem potencialmente multiorgásticas, são capazes de ter uma série de orgasmos sem diminuir o limiar de excitação entre eles. Após o orgasmo surge um período de relaxamento mental e físico.

3.5. Resolução

A resolução é a ultima fase do ciclo de resposta sexual, após o orgasmo, o conjunto de modificações anatómicas e fisiológicas são revertidas. À medida que a vasocongestão diminui a designada plataforma orgástica desaparece. A fase de resolução habitualmente caracteriza-se por um período de relaxamento corporal e satisfação sexual.

4. Satisfação Sexual

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo do seu ciclo de vida e engloba múltiplas facetas tais como, o acto sexual, o género e a identidade de papéis, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução.

O estudo da satisfação sexual tem sido dificultado pela pobre conceptualização do construto ²⁵. Têm sido desenvolvidos vários instrumentos de medida, contudo a medição da satisfação sexual tem sido difícil. Existe uma falta de

consenso quanto à sua definição e operacionalização. *Lawrance* e *Byers* ²⁵ referem que algumas escalas de satisfação sexual incluem itens relativos a comportamentos, como por exemplo frequência sexual que são, nalguns estudos, usados como predictores da satisfação sexual. A inclusão dos mesmos itens (frequência da actividade sexual; consistência orgástica) ao mesmo tempo como predictores e critério de medida, impede a correcta interpretação da relação entre as variáveis. Alguns autores como *Sprecher* e *Cate* ²⁶, recomendam para a investigação focada na satisfação sexual, a utilização de escalas com validade e fidelidade, bem como o uso de um ou mais itens globais para medir as avaliações e sentimentos dos sujeitos sobre a qualidade das suas relações sexuais. Os autores defendem ainda que o uso de uma escala de satisfação sexual, deve estar relacionada com a teoria subjacente à investigação. A sexualidade humana, ao contrário da encontrada noutros mamíferos, transcende o mero componente biológico, pois gera prazer independentemente do ciclo reprodutivo.

Byers e *Demmons* ²⁷ observaram que a auto-afirmação sexual estava correlacionada com a satisfação sexual e com a satisfação com a comunicação sexual, nomeadamente que a satisfação com o relacionamento global, a satisfação com a comunicação sexual e a satisfação sexual estão todas significativamente e positivamente correlacionadas.

DeLamater ²⁸ propõe a definição de satisfação sexual como o grau no qual a actividade sexual de uma pessoa corresponde aos seus ideais. A revisão da literatura revela que a frequência das relações sexuais e a ocorrência do orgasmo, têm sido apontados como indicadores objectivos de satisfação sexual. Alguns estudos têm demonstrado associações positivas entre a frequência sexual e a

satisfação sexual ^{29, 30}. Do mesmo modo, a ocorrência e consistência do orgasmo está positivamente associada à satisfação sexual ³¹. Por outro lado, a satisfação sexual tem sido a variável da sexualidade examinada com maior frequência, pela sua associação com a estabilidade e a satisfação da relação ^{26, 32}.

5. Disfunção Sexual

5.1. Definição

A dificuldade que surge numa das fases da resposta sexual designa-se de disfunção sexual. Segundo *Kaplan*, são perturbações psicossomáticas que tornam impossível para o indivíduo ter coito e/ou obter prazer durante o mesmo ³³.

Em 1987, a Associação Psiquiátrica Americana editou o terceiro Manual Diagnóstico e Estatístico o (DSM III) ³⁴, que já apresentava as disfunções sexuais classificadas segundo o ciclo de resposta sexual, incluindo a fase de desejo e suprimindo a de planalto. Na décima edição do Código Internacional das Doenças ³⁵, as disfunções sexuais encontram-se no capítulo 5, correspondente à área da psiquiatria. As disfunções sexuais fazem parte das síndromes comportamentais associadas a perturbações psicológicas e factores físicos.

Basson ³⁶ definiu disfunção sexual feminina como o compromisso do desejo e da excitação sexual, do orgasmo e/ou dor sexual que provocam desconforto pessoal significativo.

5.2. Prevalência

A prevalência exacta das disfunções sexuais varia dependendo da população estudada ³⁷. Estudos publicados recentemente nos Estados Unidos da América, referem que as disfunções sexuais atingem taxas de 10% a 52% nos homens e 25% a 63% nas mulheres. O estudo de *Wurn* ³⁸ refere que a prevalência da disfunção sexual feminina (cerca de 40%) ultrapassa a masculina (aproximadamente 30%) ³⁹. Globalmente considera-se que as disfunções sexuais têm tendência para se acentuar com a idade, constituem entidades de alta prevalência e causam um impacto considerável no funcionamento interpessoal e na qualidade de vida dos atingidos ^{40, 41}. Têm-se mantido relativamente constantes ao longo dos anos ⁴², sendo no entanto, frequentemente subdiagnosticadas e negligenciadas ⁴³.

5.3. Etiologia

A etiologia das disfunções sexuais é multifatorial (factores psicossociais e fisiológicos) ^{44, 45, 46, 47, 48} e pode estar relacionada com: a) causas orgânicas: doenças crônicas (arteriosclerose, doenças neurológicas, diabetes etc.), cancro; gravidez; puerpério; agentes farmacológicos e uso de drogas; alterações endocrinológicas; outros factores médicos, cirúrgicos ou traumáticos; b) causas psicológicas: factores individuais (personalidade, baixa autoestima, educação, história de vida, abuso sexual, dificuldades psicossociais, depressão, ansiedade, medo, frustração, culpa, conflitos intrapsíquicos e/ou crenças religiosas), factores interpessoais (comunicação pobre, relação conflituosa, pouca confiança, traições,

medo de intimidade) e factores psicosexuais (aprendizem e atitudes negativas sobre a sexualidade, ansiedade de desempenho, traumas sexuais, desconhecimento da resposta sexual).

A identificação da etiologia psicogênica ou orgânica da disfunção deve ser realizada mediante a colheita de uma história clínica e sexual completa, exame físico minucioso, exames laboratoriais e complementares, quando indicados, bem como identificação de possíveis reações adversas decorrentes de doenças ou de medicamentos ^{43, 49, 50}.

Tradicionalmente, as disfunções sexuais nas mulheres eram atribuídas somente a factores psicológicos, porém os estudos publicados nas últimas décadas, têm demonstrado várias causas biológicas, psicossociais e físicas como possível causa de disfunção ^{51, 52}, entre as quais constam dificuldades na comunicação com o parceiro; ansiedade e depressão; sentimento de culpa e vergonha em relação ao sexo; medo de sentir dor, de contrair infecções ou de engravidar; história de abuso sexual; falta de estimulação adequada; falta de lubrificação; mudanças corporais e/ou orgânicas relacionadas com a menopausa; alterações hormonais (os andrógenos têm um papel fundamental na libido feminina ^{53, 54}); doenças infecciosas do tracto genital; lesões neurológicas devidos a cirurgia e/ou trauma; consumo de fármacos/ drogas (determinadas drogas ou outras substâncias químicas podem impedir o normal funcionamento sexual). O consumo excessivo de álcool, cocaína e heroína também pode conduzir à disfunção sexual. Os anti-hipertensivos ⁵⁵, incluindo diuréticos tiazídicos, bloqueadores dos canais de cálcio e enzima conversora da angiotensina (ECA) têm sido referidos como interferindo com vasocongestão genital normal; os tiazidas estão frequentemente implicados ⁵⁶. Os

anticolinérgicos podem inibir a transudação vaginal normal (lubrificação). Os antidepressivos, incluindo antidepressivos tricíclicos e inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS) têm sido implicados na disfunção orgásmica, bem como na diminuição do desejo ⁵⁷. O Cetoconazol e a espironolactona são antagonistas dos andrógenos, diminuem o efeito da testosterona, enquanto que os anti-histamínicos (nomeadamente a cimetidina) podem estimular a libertação de prolactina e secundariamente reduzir os níveis séricos de testosterona;

5.4. Classificação

As disfunções sexuais são classificadas em quatro categorias ^{45, 58}:

1) Perturbações do desejo sexual (desejo sexual hipoactivo, desejo sexual hiperactivo e aversão sexual); O desejo sexual hipoactivo constitui a disfunção sexual feminina mais comum, caracteriza-se pela diminuição ou ausência de interesse e de fantasia sexual. Não existe nenhuma motivação para que o acto sexual ocorra ⁵⁹.

2) Perturbações da excitação sexual (na mulher: incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter até completar a actividade sexual, uma adequada resposta de lubrificação-entumescimento da excitação sexual; Consiste, assim, na ausência ou marcada redução da excitação (sentimentos relacionados com a excitação sexual, sensação de prazer) e de lubrificação vaginal face a qualquer tipo de estímulo ⁵⁹.

3) Perturbações do orgasmo (na mulher: atraso ou ausência de orgasmo, persistente ou recorrente, a seguir a uma fase de excitação sexual normal) ⁵⁹ ;

4) Perturbações de dor sexual (na mulher: dispareunia, dor genital persistente ou recorrente associada á actividade sexual e vaginismo, espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina que interfere com o acto sexual, provoca incapacidade total ou parcial à penetração ⁵⁹); São disfunções sexuais femininas não vinculadas ao ciclo de resposta sexual, mas sim relacionadas com a dor. A dispareunia pode ter causa orgânica como vulvovaginite, bartholinite, vestibulite vulvar, cistite intersticial, sequelas de partos traumáticos, endometriose, hipoestrogenismo, doenças dermatológicas e infecções sexualmente transmissíveis ⁵⁹.

5) Perturbação sexual sem outra especificação, esta categoria integra disfunções sexuais que não preenchem os critérios de diagnóstico para qualquer disfunção sexual específica ⁶⁰.

As disfunções sexuais podem ser primárias (quando ocorrem desde o início) ou secundárias (após um período de funcionamento sexual normal); transitórias ou permanentes; situacionais (quando ocorrem somente em determinadas situações) ou gerais (quando ocorrem em qualquer situação) ⁶¹.

Os conceitos de adequação e inadequação sexual também precisam de ser considerados. Adequado é aquele casal que, funcional ou disfuncional, está satisfeito com sua interacção na relação sexual e inadequado é aquele que não está ⁶¹. Para diagnosticar a disfunção sexual, esta deve estar presente há pelo menos seis meses ⁶², ser persistente ou recorrente (e não ocasional) e causar sofrimento

inter ou intrapessoal ^{41, 49}. Deve-se investigar se realmente consiste numa disfunção sexual ⁶³ ou se está perante uma situação de estímulo inadequado ou insuficiente ⁶².

As mulheres que procuram consultas especializadas devido a disfunção sexual costumam apresentar instabilidade do humor e baixa autoestima. Para além de que tendem a ser mais ansiosas e introvertidas, quando comparadas com mulheres com funcionamento sexual não disfuncional ⁴⁶.

6. Fisiologia da Reprodução Humana

Os princípios básicos do sucesso reprodutivo estão no desenvolvimento dos gametas (óvulos e espermatozóides) e na capacidade deles se encontrarem, permitindo assim, que ocorra a fertilização. Esta deve-se fazer seguir de uma série de eventos ordenados, que resultarão no transporte do embrião até ao útero e finalmente na evolução da gravidez.

Os ovários são glândulas endócrinas que para além de produzirem hormonas, produzem as células germinativas femininas. As duas funções fisiológicas básicas que caracterizam o funcionamento ovário são a gametogénese e a esteroidogénese.

A gametogénese feminina, inicia-se no período fetal, o desenvolvimento folicular inicia-se pelas quinze semanas de gestação. Pelo que, ao sétimo mês de gestação, as células sexuais femininas, ovócitos estão no estágio de diplóteno da prófase I do processo meiótico, isto é, são todas ovócitos de primeira ordem ⁶⁴. Cada um dos ovócitos está envolvido por células foliculares, as quais produzem

polipeptídios de baixo peso molecular, que têm a capacidade de inibir a meiose, designados factores inibidores da meiose ⁶⁵. O córtex ovárico possui um numero finito de células germinativas primordiais, número que vai diminuindo ao longo da vida da mulher, como resultado da ovulação e da atresia folicular ⁶⁶.

Às 5-6 semanas de gestação as células germinativas primordiais (ovogónias), migram do saco vitelino do embrião para a crista genital, onde o ovário se encontra em desenvolvimento. Multiplicam-se por mitoses sucessivas até às 20-24 semanas de gestação, atingindo os 6-7 milhões de células ⁶⁷. A partir das 8-9 semanas de gestação, algumas ovogónias iniciam a primeira divisão da meiose (que suspendem na profase I), convertendo-se em ovócitos primários. Este processo continua até aos 6 meses de vida extrauterina, altura em que todas as ovogónias se converteram em ovócitos. A primeira divisão da meiose apenas se completa aquando da ovulação, portanto os ovócitos primários podem viver cerca de 50 anos, isto é, até à menopausa.

Em simultâneo com a ovogénese tem lugar um processo de degenerescência dos ovócitos, a atresia folicular, pelo que, o seu número diminui drasticamente para 1-2 milhões (ao nascimento) e para cerca de 300 a 400.000 (no início da puberdade). A atresia é consequência da apoptose (morte celular programada), que se caracteriza pelo aumento da produção de radicais livres e pela degradação do DNA por endonucleases ^{67, 66}. O ovócito torna-se necrótico, a cromatina sofre picnose e as células da granulosa também degeneram. Ao contrário do sexo masculino, no feminino o número de células reprodutoras diminui continuamente até que, na menopausa, poucos ovócitos restarão e a capacidade reprodutora cessa ⁶⁵.

Assim, a diminuição do número de células germinativas prossegue desde o nascimento, esta perda folicular sofre uma aceleração a partir dos 38 anos.

Cinco a sete dias após o primeiro dia da menstruação, é seleccionado um folículo maduro, que se transforma no folículo dominante desse ciclo. Os restantes folículos secundários sofrem atresia, um processo que é estimulado pelos androgénios e inibido pelas gonadotrofinas. O folículo dominante cresce exponencialmente nas 48 horas anteriores à ovulação, atingindo cerca de 20-25 mm de diâmetro. O ovócito dentro do folículo, está envolvido por células foliculares, as quais constituem a *corona radiata*. Essas células também são designadas por células do *cumulus oophorus* que é a estrutura que mantém o ovócito no interior do folículo ovário. Em cada ciclo menstrual habitualmente apenas um dos folículos de *Graaf* atinge a maturação completa. O ovócito termina a prófase I, evoluindo sucessivamente, pela metáfase I, anáfase I e telófase I. Durante a telófase I, o citoplasma do ovócito de primeira ordem divide-se de modo desigual, dando origem a duas células de tamanho diferente, o ovócito de segunda ordem, com tamanho semelhante à célula original e a uma pequena célula (primeiro globo polar) ⁶⁶.

O ovócito de segunda ordem está envolvido por uma camada extracelular, designada de zona pelúcida ^{64, 65}. O ovócito inicia, então, a meiose II, enquanto o folículo de *Graaf* maduro que o contém sofre ruptura, sendo esse ovócito em metáfase II, em conjunto com globo polar e a *corona radiata*, expelido para o pavilhão de uma das trompas de *Falópio*.

A supressão da acção do inibidor da meiose produzido pelas células foliculares está associada à regulação do ciclo menstrual. Ao ter início um novo ciclo menstrual, isto é, imediatamente após o final da menstruação, aumenta o nível da

hormona folículoestimulante (FSH) produzido pela hipófise. Em resposta á FSH, um grupo de folículos intensifica o seu crescimento e aumenta, gradativamente, a produção de estrógenos. Antes da ovulação, o aumento da produção de estrógenos deixa de ser gradual para se atingir um pico. Devido a um mecanismo de retrocontrolo negativo entre os níveis de estrógeno e de hormona folículoestimulante (FSH), à medida que aumenta o nível de estrógenos diminui o nível de FSH. A hormona luteínica (LH), produzida pela hipófise está sob um mecanismo de retrocontrole positivo pelo que, á medida que aumenta o nível de estrógenos também aumenta o nível de LH. O aumento acentuado de LH durante o período pré-ovulatório elimina o estímulo inibidor da meiose, ao provocar a ruptura do complexo ovócito-cumulus e ao diminuir no ovócito a concentração do fosfato de adenosina. Assim, ocorre a ovulação, como resultado dos efeitos sequenciais da FSH e LH nos folículos ováricos. Pelo retrocontrolo positivo do estradiol sobre a secreção de LH, o folículo como que determina o momento da sua própria ovulação. A ovulação é desencadeada por um pico de LH que, por sua vez, resulta do aumento da secreção de estradiol que ocorre com o crescimento folicular e maturação do folículo dominante ⁶⁵. Este não pode, pois, entrar no processo de ovulação enquanto não atingir o tamanho e maturidade necessários. Após a ovulação, o ovócito secundário é captado pela ampola da trompa de *Falópio* (o *cumulus oophorus* adere aos cílios das fímbrias). Se o ovócito de segunda ordem, libertado para o pavilhão de uma das trompas de *Falópio*, não for fecundado, degenera, em conjunto com o globo polar. Os ovócitos podem ser mantidos até 36 horas sem perder a capacidade de serem fecundados.

No caso de ocorrer a fecundação, a penetração do espermatozóide no ovócito, implica que estes estejam íntegros e capacitados para atravessar os espaços intercelulares da *corona radiata*, de modo a que um deles consiga penetrar no ovócito de segunda ordem. A capacitação dos espermatozoides, tem como principal consequência o aumento da sua motilidade e ocorre naturalmente por influência do muco cervical. A capacitação do espermatozóide, entretanto, não é suficiente para que ele penetre no ovócito, é necessário que o acrossoma, localizado distalmente na cabeça do espermatozóide e envolvendo parcialmente o núcleo entre em actividade, ocorrendo ruptura das membranas plasmática e acrossômica, com a libertação de enzimas proteolíticas de natureza lissómica (reação acrossómica) ⁶⁵. Após a penetração da zona pelúcida pelo espermatozóide, esta torna-se impenetrável à custa de um material produzido na superfície do ovócito. Este fenómeno permite impedir a entrada de outros espermatozoides, o que provocaria poliploidia. A cauda do espermatozóide desprende-se quando ele está dentro do citoplasma do ovócito. O núcleo do espermatozóide aumenta de volume, passando a ser denominado pronúcleo masculino e os seus cromossomas duplicam-se. O núcleo do ovócito, completa a meiose II. Após a meiose II forma-se um ovócito e uma célula com pouco citoplasma, o segundo globo polar. O núcleo do ovócito designa-se de pronúcleo feminino.

Na espécie humana a singamia não produz um novo núcleo, pois o material cromossómico do zigoto entra directamente na metáfase da divisão mitótica, da qual resultam duas células denominadas blastómeros que continuam-se a dividir por mitoses sucessivas. Até o estágio de dezesseis células o processo de celularização ou clivagem do zigoto tem continuidade numa das trompas de *Falópio* e é

considerado holoblástico porque, além dos blastómeros se dividirem completamente, as células resultantes são, aproximadamente, do mesmo tamanho. O estágio de oito a dezesseis blastómeros é designado de mórula e é à custa dos movimentos peristálticos das trompas de *Falópio* e dos batimentos ciliares do epitélio que a reveste que a mórula é conduzida em direcção ao útero. É durante o estágio de mórula de oito blastómeros que os produtos génicos maternos desaparecem do citoplasma das células ⁶⁵. A partir desse momento é o genoma do zigoto que é activado e passa a controlar o desenvolvimento do futuro ser. Cerca de 30-36 horas após a fecundação e ainda na trompa de *Falópio*, o zigoto divide-se, por mitose, em duas células mais pequenas. A clivagem do zigoto continua, produzindo 4 células às 40 horas; 8 células às 50-60 horas, formando a mórula que entra no útero aos 3 dias. Aí permanece por 2-3 dias durante os quais atinge as 32-64 células e se converte no blastocisto. O blastocisto consiste em duas partes, a massa celular interna, que dará origem ao feto, rodeada pelo córion, que fará parte da placenta ⁶⁵.

As células que formam o córion são as células trofoblásticas. Estas apresentam, à superfície, microvilosidades que se interdigitam com as células endometriais, formando complexos juncionais, o que é facilitado pela existência de moléculas como a laminina e a fibronectina à superfície endometrial. As células trofoblásticas produzem enzimas que lisam a matriz intercelular endometrial e fagocitam as células endometriais mortas, permitindo a consolidação da implantação ou nidção, que habitualmente ocorre na parede posterior do útero e se completa entre o 7º e o 10º dias.

À medida que a mórula progride em direcção ao útero as suas células diferenciam-se, ao quinto, sexto dia, desenvolve-se no interior da massa celular

interna uma cavidade preenchida por líquido aquoso, surgindo o blastocisto. Quando o blastocisto chega ao útero, o que se verifica entre o quinto e o sétimo dia após a fertilização, ele liberta-se da zona pelúcida, que desaparece e começa a aumentar de volume.

Entre o 7º e o 12º dias, inicia-se o fenómeno da nidação do blastocisto na mucosa uterina, a partir de sua adesão à superfície do endométrio, rica numa secreção viscosa produzida sob o estímulo da progesterona, o blastocisto é completamente envolvido pelo endométrio e o córion diferencia-se em duas camadas celulares: o citotrofoblasto (internamente) e o sinciotrofoblasto (externamente). A massa celular interna também desenvolve duas camadas: a ectoderme (que dará origem à pele e sistema nervoso) e a endoderme (que origina o sistema digestivo). A mesoderme surge mais tarde, nesta altura, o embrião apresenta-se sob a forma de um disco com duas camadas, separado do citotrofoblasto pela cavidade amniótica.

O processo de nidação termina quando o epitélio da mucosa uterina cicatriza sobre o blastocisto. O sinciotrofoblasto é o precursor da placenta, a qual fica bem delimitada somente a partir das 10-12 semanas de gestação. À medida que o sinciotrofoblasto invade o endométrio, segrega enzimas proteolíticas que originam cavidades, cheias de sangue, no tecido uterino. O citotrofoblasto forma projecções, ou vilosidades (coriónicas) que crescem para o interior dessas cavidades de sangue venoso, produzindo uma estrutura de aparência digitiforme (*chorion frondosum*). Com o crescimento do embrião, só a parte do córion voltada para a parede uterina mantém esta estrutura. O lado oposto vai crescendo para o interior da cavidade uterina, perde as vilosidades e torna-se lisa (*chorion laeve*)⁶⁵.

À medida que a gravidez evolui o embrião vai-se desenvolvendo passando a designar-se de feto a partir da décima semana de gravidez.

Pelo exposto, se compreende que a fisiologia feminina da reprodução é extremamente complexa e erros nas várias etapas descritas poderão dar origem a subfertilidade ou a esterilidade.

7. Infertilidade

7.1. Definição

A infertilidade consiste na incapacidade de engravidar após pelo menos 12 meses de relacionamento sexual regular e desprotegido ⁶⁸. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Sociedade Americana de Fertilidade diz-se que um casal é infértil quando não consegue uma gravidez ao fim de um ano de actividade sexual regular sem contracepção ⁶⁸.

A definição de infertilidade tem profundas raízes históricas, foi baseada em parte num estudo desenvolvido entre 1946 e 1956 com 5574 mulheres Inglesas e Americanas ⁶⁹ com actividade sexual desprotegida. Deste estudo concluiu-se que 50% das mulheres engravidaram em 3 meses, 72% em 6 meses e 85% em 12 meses. A definição de 1 ano também tem uma base probablistica, assumindo que um casal fértil tem uma probabilidade mensal de engravidar de 20%, a probabilidade cumulativa de engravidar aos 12 meses é de 93%, pelo que a probabilidade de um casal fértil não engravidar em 12 meses é de apenas 7%.

7.2. Incidência e Prevalência

A incidência da infertilidade é difícil de se calcular, quer devido às diferentes definições utilizadas, às variações regionais, diferentes metodologias utilizadas, quer devido ao facto que só são contabilizáveis os casais que tentam engravidar e procuram ajuda diferenciada passando a fazer então parte da estatística.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a infertilidade como um problema que afecta homens e mulheres em todas as partes do mundo, em cada ano surgem 2 milhões de novos casos de infertilidade e cerca de 8% dos casais apresentam algum grau de infertilidade durante a sua vida reprodutiva. O que representa uma pressão significativa nos recursos financeiros dos sistemas de saúde.

Desde o ano 2000 que a OMS assumiu a infertilidade como doença e recomendou aos diferentes países europeus, através do *Regional Office for Europe*, que determinassem a sua prevalência e respectivas causas, bem como estabelecessem uma resposta médica e social adequadas. Para além das implicações individuais (depressão, stress, ansiedade) a infertilidade constitui um importante problema de saúde pública, porque está associada a significativas repercussões sociais, económicas e demográficas. Por exemplo, em Portugal em 2008, o crescimento natural foi quase nulo, com uma taxa de crescimento efectivo de apenas 0,09% e verificada á custa do crescimento migratório ⁷⁰.

Estima-se que nos EUA e Europa ocidental a infertilidade afecte 10 a 20 % dos casais em idade fértil ⁷¹.

Em Portugal não existem dados suficientes que permitam confirmar a percentagem de casais em situação de infertilidade, estima-se que existam entre 10

a 15% de casais nesta situação, de acordo com o que se avança para a escala mundial, o que corresponderá, a cerca de 500 mil casais inférteis em Portugal.

Quadro 1. Prevalência da Infertilidade na Europa

Autores	Local/Ano do estudo	Desenho do estudo	Amostra do estudo	Outcome	Resultados
Silva Carvalho et al	Portugal/2009	Nacional, retrospectivo com amostra aleatória estratificada	2632 indivíduos (1909 mulheres; 723 homens)	Prevalência da infertilidade ao longo da vida e em idade reprodutora	9,8%;8,2%
Bhattacharya et al	Escócia/2007	Retrospectivo, base populacional com amostra aleatória	4466 mulheres	Prevalência da infertilidade ao longo da vida (12 meses)	17,5%
Olsen et al	Europa (Dinamarca, Alemanha, Itália, Polónia e Espanha)/1991-93	Retrospectivo, base populacional com amostra aleatória	6630 mulheres	Prevalência da infertilidade ao longo da vida	11,3%

Embora a prevalência da infertilidade tenha-se mantido estável, a procura de Unidades de Medicina da Reprodução tem vindo a aumentar ^{72, 73, 74}.

7.3. Tipos, causas e consequências

A infertilidade pode ser primária quando não houve gravidez anterior ou secundária se houve gravidez independentemente do seu desfecho.

Coexistem diversos factores, quer no campo físico, quer psicológico que individualmente ou associados, podem condicionar a fertilidade do casal. Para identificar as causas da infertilidade é necessário proceder a uma série de entrevistas e exames. Trata-se de um processo que pode ser física e

emocionalmente desgastante, mas que é importante para que se possa determinar quais os tratamentos mais adequados a cada caso.

É possível dividir as causas da infertilidade em quatro principais categorias: a) factor feminino, b) factor masculino, c) combinação dos dois factores, d) infertilidade sem causa aparente (inexplicada). A percentagem exacta para cada categoria é difícil de ser obtida devido ao grande número de variáveis, entretanto, considera-se que aproximadamente 35% das causas são femininas, 30% são masculinas e 20% dos casais apresentam causas conjuntas/mistas. Em 15% dos casos, a definição da etiologia não é conclusiva, sendo denominada infertilidade inexplicada.

A importância dos vários factores de infertilidade varia consoante as populações estudadas, não podendo por isso ser determinada com exactidão. Uma análise com cerca de 15 000 casais inférteis, constatou que as perturbações da ovulação ocorriam em 27% dos casos, o factor masculino em 25%, o tubário em 22%, a endometriose em 5% e outros factores em 4%. A infertilidade inexplicada justificava 17% das situações. Em 2006 a *Human fertilisation and Embryology Authority* (HFEA) refere que o factor masculino é responsável por 32,5% dos casos, o factor feminino por 32,5% (doença tubária 15,3%, anomalias ovulatórias 8,4%, factores múltiplos 5,5%, endometriose 2,9% uterino 0,4%); o factor masculino e feminino por 10,8%; a infertilidade inexplicada por 23,1%; outros 1,1%.

A esterilidade (indivíduos que apresentam um factor absoluto que impede a concepção, constituindo uma situação irreversível) é rara, muito mais comum é a fertilidade diminuída de um ou de ambos os elementos do casal. Por essa razão, alguns autores preferem usar o termo subfertilidade, que descreve a dificuldade para engravidar sem efectuar tratamento.

Actualmente assiste-se ao protelar da primeira gravidez para idades tardias na vida da mulher, por motivos diversos, nomeadamente de índole sócio-económica educacional e profissional.

A fecundidade média mensal em casais sem infertilidade é de cerca de 20%. Modelos matemáticos aplicados a casais sem infertilidade, calculam que em três meses metade conseguirá engravidar e ao fim de doze meses 90% terá conseguido ⁷⁵. Verifica-se um declínio indiscutível da fecundidade da mulher com o avanço da idade, principalmente a partir dos 30 anos ^{76, 77, 78}. Adiar a gravidez dos 30 para os 35 anos aumenta o número de inférteis ao fim de três anos de 29 para 250 por cada 1000 mulheres ⁷⁹. Outros autores consideram que é a partir dos 35 anos que se assiste a uma maior declínio da fecundidade atingindo-se níveis mínimos aos 45 anos.

O intervalo fértil estende-se entre os 5 a 6 dias antes da ovulação até ao dia da ovulação. A maior probabilidade de concepção é obtida quando a relação sexual desprotegida ocorre dois dias antes da ovulação.

Muitos factores influenciam a fertilidade de um casal, a idade da mulher (à medida que a idade da mulher aumenta o seu potencial reprodutivo, a fertilidade diminui em virtude da diminuição da sua reserva ovária e da qualidade dos seus ovócitos), nas últimas décadas tem-se assistido a um adiamento do primeiro filho, que determina que a mulher procure engravidar numa altura em que o seu potencial de fertilidade se encontra em declínio. Podemos constatar que há poucas gerações atrás era raro ter o primeiro filho após os 30 anos, actualmente é muito frequente iniciar a maternidade após os 40 anos, vários factores sociais, nomeadamente o aumento da escolaridade, o adiamento da entrada na idade adulta, as dificuldades

de acesso ao mercado de trabalho, o crescente investimento na carreira profissional são factores que tentam explicar esse fenómeno.

A infertilidade na mulher frequentemente está relacionada com factores ovulatórios, endocrinológicos, anatómicos (tubários, uterinos, cervicais) e imunológicos. O factor cervical pode ser avaliado pelo teste pós-coital (TPC), que consiste na colheita do muco cervical e das secreções vaginais, seis a doze horas após uma relação sexual. O factor uterino resulta frequentemente de alterações anatómicas como malformações, fibromiomas, pólipos, sinéquias que alteram a cavidade uterina. O factor tuboperitoneal inclui as alterações anatómicas causadas pela endometriose (quando o tecido endometrial implanta-se fora da cavidade uterina) e pelos processos infecciosos resultantes da doença inflamatória pélvica, agentes como *gonococos*, *clamídia* e pelviperitonites. Num menor número de casos pode resultar de lesões causadas por cirurgias pélvicas anteriores. A exposição a produtos tóxicos ambientais ou a certos medicamentos também pode ser causa de infertilidade. A falha na ovulação é a causa mais comum de infertilidade na mulher, mais de 40% das mulheres inférteis têm um problema ovulatório, o ciclo ovário normal é tão complexo que mesmo pequenos desvios o podem interromper e assim impedir a ovulação. Devido à sua anatomia, o sistema reprodutivo feminino é mais vulnerável aos agentes patogénicos do que o masculino. As infecções sexualmente transmissíveis como a *gonorreia* e a *clamídia*, podem causar infertilidade ao provocarem doença inflamatória pélvica, distorção da arquitectura tubária com consequente obstrução, o designado factor tubo-peritoneal. Contudo muitas vezes as causas são múltiplas ou simplesmente desconhecidas.

Aproximadamente 40% dos casais que procuram uma Unidade de Medicina da Reprodução por infertilidade apresentam factor masculino. Em 30% dos casos a causa é o factor masculino isolado e noutros 20% há associação ao factor feminino. Cerca de 6% dos homens em idade fértil apresentam infertilidade masculina. As causas de infertilidade masculina estão associadas à formação dos espermatozóides (espermatogênese) na maioria dos casos (90%). Nos outros 10% existe relação causal com o transporte espermático e alterações das glândulas acessórias do trato genital masculino (6%), disfunção sexual (2%), alteração da ejaculação (1%) e perturbações funcionais dos espermatozóides e do coito (1%).

7.4. Estudo do Casal Infértil

De um modo geral a estratégia de estudo do casal com infertilidade baseia-se na investigação da causa da infertilidade. A avaliação inicial passa por 5 elementos fundamentais, a história clínica e exame físico; análises gerais préconcepcionais, incluindo serologias das doenças infecciosas e doseamentos hormonais ao 2º-3º dia do ciclo; realização de ecografia pélvica endovaginal; histerosalpingografia; e espermograma.

O casal com infertilidade submete-se a uma avaliação/estudo da sua infertilidade, nomeadamente, no caso do factor masculino a investigação consiste fundamentalmente na história clínica (antecedentes de infecção, traumatismo, cirurgias, impotência, hábitos como alcoolismo, tabagismo, etc...), exame objectivo, espermograma e em casos especiais exames genéticos e hormonais.

No caso do factor feminino é efectuada a colheita da história clínica e a avaliação hormonal (habitualmente é pedido o doseamento da FSH, estradiol, LH, prolactina, TSH e progesterona) durante fases específicas do ciclo menstrual, com o objectivo de avaliar fundamentalmente a reserva ovária e a função ovulatória. Para avaliar também a reserva ovária e o factor anatómico é realizada ecografia pélvica, habitualmente com sonda endovaginal e cada vez mais recorrendo á tecnologia 3D para exclusão de malformação uterina. A histerossalpingografia constitui um importante instrumento para determinação da permeabilidade tubária/obstrução sendo igualmente útil na avaliação da morfologia da cavidade uterina, permite diagnosticar a presença de sinéquias (aderências), septos, pólipos, malformações uterinas.

Em caso de anomalia uterina, factor tubo-peritoneal e/ou para esclarecimento adicional pode-se recorrer á histeroscopia (técnica endoscópica que permite aceder ao interior da cavidade uterina) e á laparoscopia diagnostica (técnica endoscópica que permite aceder á cavidade abdomino-pélvica).

7.5. Tratamento do Casal Infértil

A evolução científica tem contribuido para a melhoria da investigação, identificação e avaliação das causas de infertilidade, assim, como para um maior número de soluções de tratamento. O avanço tecnológico na área da medicina da reprodução tem feito com que muitos casais inférteis decidam procurar apoio e aconselhamento, na esperança de que haja uma solução para a sua infertilidade e que o seu desejo de parentalidade possa ser concretizado.

O tratamento da infertilidade teve um progresso significativo nas duas últimas décadas devido à introdução das técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA), o primeiro exemplo foi *Louise Brown*, primeiro “bebé proveta” nascido em 1978, que faz-nos pensar o quanto recente ainda é este passo gigante dado no campo da medicina da reprodução. As técnicas de PMA permitiram a muitos casais ultrapassar a sua infertilidade, o que era praticamente impossível há cerca de trinta anos atrás. Em Portugal, as técnicas de reprodução medicamente assistida foram iniciadas, em 1985, no Hospital de São João.

O diagnóstico de infertilidade não significa a impossibilidade de ter filhos, com as técnicas de PMA pode significar um desafio, que pode muitas vezes ser vencido. Durante o tratamento, as pessoas inférteis sentem necessidade de apoio para o continuar, reforçando a esperança de sucesso ⁸⁰.

O tratamento da infertilidade tem impacto demográfico, actualmente cerca de 3-4% das crianças que nascem no continente Europeu são resultado das técnicas de PMA ⁸¹.

O tratamento inicial da infertilidade nalguns casos também se baseia no ensino de que a fecundabilidade pode ser optimizada pelo aumento do conhecimento acerca da reprodução humana e orientação das relações sexuais para a fase pré-ovulatória. *Wilcox* ⁸² demonstrou que a probabilidade de gravidez é muito maior se as relações sexuais ocorrerem no dia da ovulação ou um a dois dias antes, do que em dias posteriores. Pelo que, se aconselha como momento óptimo para actividade sexual, o dia anterior ao da ovulação.

A tecnologia actual permite recorrer a tratamentos como a indução da ovulação (disfunção ovulatória), inseminação Intra-uterina (IIU) (factor cervical;

factor masculino) e a técnicas de PMA, como a Fecundação in Vitro (FIV) (falha da IIU, disfunção ovulatória, factor masculino) e a Microinjecção Intracitoplasmática de Espermatozóides (ICSI), (factor masculino grave, falha da FIV).

Na Inseminação Intra-uterina ^{83, 84, 85} os espermatozóides são preparados e capacitados em meio de cultura especial e introduzidos na cavidade uterina através de um catéter especial durante o período ovulatório da doente. A taxa de gravidez por tentativa é de aproximadamente 10 a 20% e a taxa cumulativa de gravidez em 3 ciclos pode nalguns centros atingir os 30% ⁶. O registo Europeu da *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) indica uma percentagem de gravidez de 12% por tentativa ⁸⁶. Na FIV, os ovócitos são aspirados dos ovários, após protocolo de estimulação ovárica controlada com gonadotrofinas e/ou outros fármacos indutores da ovulação, enquanto os espermatozóides são preparados, capacitados e concentrados. Os ovócitos e espermatozóides são colocados em meio de cultura de modo a que um ou mais espermatozóides penetrem, respectivamente, um ou mais ovócitos e os fecundem, dando origem aos pré-embriões que serão transferidos para o interior do útero 48 a 72 horas depois. A taxa de gravidez por tentativa é de aproximadamente 25 a 30% e a taxa cumulativa após três ciclos pode atingir os 40%.

A ICSI ⁸⁷, constitui o último passo do desenvolvimento das técnicas de microfertilização, os ovócitos são aspirados dos ovários do mesmo modo que na FIV e cada um será penetrado activamente por um único espermatozóide, recorrendo a uma micropipeta, sob visão microscópica (micromanipulação dos gametas). Esta técnica apresenta elevada taxa de fertilização. Permite ultrapassar o factor masculino grave, situações de reduzido número de ovócitos e de ausência de

fecundação em FIV anterior. A taxa de gravidez por tentativa é cerca de 30% e a taxa cumulativa de gravidez após 3 ciclos pode atingir os 40-50%. A ICSI, combinada com PESA (aspiração percutânea de espermatozoides do epidídimo), TESA (aspiração de espermatozoides do testículo) ou TESE (extração por biópsia de espermatozoides do testículo) veio solucionar muitos casos de azoospermia.

A fecundidade diminui progressivamente após os 35 anos. Na FIV o sucesso da técnica também é dependente da idade com diminuição considerável da taxa de sucesso após os 35 anos. A diminuição da capacidade de reprodução natural com o decorrer do tempo corresponde também um aumento de insucesso dos tratamentos da infertilidade, incluindo a inseminação artificial ^{88, 89} e a fecundação in vitro ^{90, 91}.

Existem factores que diminuem o potencial fértil do casal, nomeadamente, a idade da mulher e a duração da infertilidade (quanto maior a idade e o tempo de infertilidade menor a probabilidade de engravidar). Estes factores reflectem fundamentalmente a diminuição da reserva ovárica e da qualidade ovocitária com o aumento da idade. Pelo que, o sucesso das próprias técnicas de procriação medicamente assistida é influenciado pela idade da mulher, pelos factores responsáveis pela infertilidade, pela resposta da mulher à estimulação hormonal e pela própria técnica empregue.

Nos últimos anos o desenvolvimento de novos fármacos, a evolução das técnicas cirúrgicas, nomeadamente da microcirurgia e a criopreservação (que permite criopreservar espermatozoides e ovócitos) faz com que a gravidez venha a ser possível para a maioria dos casais que procuram tratamento.

Relativamente à influência do tratamento da infertilidade no funcionamento sexual existem alguns estudos nomeadamente de *Freeman* ⁹² que descreve que

dois terços de uma amostra de 200 mulheres submetidas a FIV referem que após o tratamento da infertilidade o sexo se tornou menos agradável, contudo, o terço restante refere o contrário, isto é, que se tornou mais agradável. *Dennerstein e Morse* ⁹³ constataram que 71% das mulheres submetidas a FIV referem que o tratamento da infertilidade diminuiu a sua satisfação sexual. Assim, alguns autores descrevem um impacto negativo do tratamento da infertilidade no funcionamento e satisfação sexual feminina. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto da mulher se submeter a um conjunto de etapas, que começam habitualmente pela estimulação ovárica controlada (frequentemente com gonadotrofinas), monitorização da ovulação mediante ecografia pélvica e colheita de doseamentos hormonais, colheita de ovócitos por punção ovárica sob controle ecográfico e transferência de embriões, realizada 48 a 72 horas após a colheita dos ovócitos. Este longo e complexo percurso terapêutico, é quase sempre difícil, implica a submissão a intervenções médicas, muitas delas invasivas e dolorosas, associando-se á expectativa dos resultados dos tratamentos efectuados. Á complexidade deste percurso é adicionado o stress financeiro, especialmente em indivíduos com menores recursos económicos. O tratamento da infertilidade pode causar um impacto negativo no bem estar, interferindo no relacionamento conjugal e sexual.

O acompanhamento psicológico também é importante na medida em que funciona como coadjuvante no tratamento da infertilidade, com o objectivo de diminuir a ansiedade, gerir conflitos e principalmente manter o equilíbrio emocional do casal, para que não percam a verdadeira razão pela qual estão juntos e desejam ter um filho. O apoio da família, dos amigos e dos profissionais de saúde é

fundamental para um desfecho positivo uma vez que as alternativas consistem na adopção ou em assumir uma vida sem filhos.

7.6. Infertilidade e Sexualidade

A Sexualidade é um processo bio-psico-socio-cultural complexo, influenciado pela interacção de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Logo se compreende que a infertilidade ao provocar alterações físicas e emocionais, vai interferir com todas as dimensões e actividades de vida, nomeadamente com a sexualidade. Tanto para os homens como para as mulheres, a infertilidade é uma experiência que trás à superfície diversos sentimentos, fantasias e pensamentos. Entra na vida do casal transportando um enorme stress, obrigando-o a fazer mudanças profundas na sua vida, a incluir novas pessoas quando procuram ajuda médica, mudanças nos padrões de intimidade sexual e mudanças nos seus planos e objectivos de vida ⁹⁴.

É também referenciado na literatura que o modo como o casal vivencia esta crise complexa depende dos pressupostos sociais acerca da parentalidade, das reacções dos outros e das características psicológicas individuais.

A literatura sobre infertilidade e sofrimento psicológico associado, refere que o seu impacto sobre o bem-estar psicológico é considerável, os casais com infertilidade apresentam dificuldades psicológicas complexas, que têm repercussão em vários aspectos de suas vidas sexual, afectiva, social e profissional ⁹⁵. Parece assim, indiscutível que é uma experiência profundamente marcante para muitos

casais. O desespero de lidar com a infertilidade assemelha-se ao de lidar com eventos devastadores, tais como a perda de um parceiro ⁹⁶.

Possivelmente por uma questão cultural a mulher parece aceitar melhor a sua infertilidade perante a sociedade, talvez porque fosse um fardo já carregado ao longo de gerações, em épocas em que ainda não se investigava a causa da infertilidade, acabando a maioria das vezes por ser atribuída à mulher. Para o homem esta situação é muito mais difícil de aceitar uma vez que associa a sua infertilidade à perda de masculinidade, de virilidade, com consequente interferência na sexualidade do casal.

Na mente das pessoas, a fertilidade está intimamente associada à sexualidade e à identidade como um ser sexual. Assim, não é de se surpreender que algumas mulheres inférteis comecem a considerar-se inadequadas assim como sexualmente não desejáveis. Com a perda da auto-estima pode haver a perda do desejo sexual ou da capacidade de obter o orgasmo ⁹⁷.

Para alguns casais, a infertilidade torna-se na maior obsessão das suas vidas ⁹⁸. Para outros a adoção e o assumir uma vida sem filhos, constituem uma alternativa ou a única possibilidade para superar a ausência de filhos.

A compreensão do modo como a mulher vivencia a infertilidade pode contribuir para melhorar a intervenção junto dela. O sentimento de culpa de não poder realizar o desejo de paternidade do parceiro, leva muitas vezes a mulher ou homem inférteis a considerar a hipótese de divórcio, de forma a possibilitarem ao outro a hipótese de constituir uma nova família com filhos. Estes sentimentos de culpa geram diminuição da auto-estima e da autoconfiança o que acarreta como

consequências um elevado sofrimento pessoal e implicações no desempenho profissional, no relacionamento conjugal, familiar, social e sexual.

O isolamento social a que tendem os indivíduos inférteis decorre da ocultação da sua infertilidade da família e dos seus amigos, na tentativa de evitar embaraços, sentimentos de piedade ou ainda a conselhos não solicitados, que ainda que bem intencionados, têm implicações negativas sobre o casal.

Também a depressão surge frequentemente associada à infertilidade, na medida em que “o reconhecimento de que nunca se poderá ter filhos pode causar um profundo sentimento de perda”⁹⁹.

A infertilidade causa um forte impacto no casamento, podendo originar problemas relacionais ou pelo contrário pode contribuir para unir o casal¹⁰⁰. Por outro lado, sabe-se também que as mulheres que têm um relacionamento mais próximo e de maior confiança com o seu companheiro tendem a adaptar-se e ajustar-se melhor à infertilidade¹⁰⁰. Contudo, esta pode ser uma experiência devastadora, modificando muitos aspectos da vida do casal. A auto-estima, os sonhos com o futuro e as relações com outras pessoas podem ser afectadas, como resultado, muitos casais sofrem intensamente.

O fracasso vivenciado pelo casal, implica a interrupção do projecto de vida produzindo uma crise que afecta as relações familiares, sociais, profissionais e sexuais. Pode conduzir a um sentimento de impotência que por sua vez afecta a espontaneidade e o funcionamento sexual. Apesar da sexualidade e da reprodução possuírem caminhos distintos no campo da medicina, são unidades dificilmente divisíveis no que se refere à própria pessoa. A sexualidade é vista como forma de se atingir um objectivo, a fecundação, em detrimento de uma sexualidade dirigida para

o prazer e para a criatividade. Assiste-se desta forma, a uma mecanização da sexualidade influenciada pela precisão da medicina e pela motivação e desejo de ter um filho e/ou inconscientemente de mostrar a sua potencial fertilidade.

O stress como reacção à infertilidade surge decorrente das reacções emocionais e psicológicas que ocorrem nos indivíduos inférteis. Como é referido por *Reed* ⁹⁸, “os casais experimentam sentimentos de impotência, vulnerabilidade, isolamento e perda de controle sobre as suas vidas pessoais” e acaba por ter repercussões no funcionamento e satisfação sexual.

A sexualidade e a infertilidade encontram-se fortemente relacionadas, pois quando o homem, ou a mulher se apercebem da sua infertilidade, os sentimentos de inadequação pessoal e sexual podem resultar em conflitos conjugais, disfunção sexual, depressão, hostilidade e sentimentos de culpa ⁹. A infertilidade tem um profundo impacto sobre o relacionamento sexual do casal, o sexo pode-se tornar frustrante e emocionalmente doloroso porque deixou de ser agradável e um veículo espontâneo para trazer novas gerações ao mundo.

Apfel e Keylor ¹⁰¹ revelam um dado curioso, no seu trabalho as mulheres com infertilidade apresentam um perfil psicológico semelhante ao das mulheres com cancro, com cardiopatia, dor crónica ou infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. Referem que os anos de trabalho com doentes inférteis demonstram que cada caso é único e complexo, o que há em comum entre os casos são os sentimentos de ansiedade, dor, depressão, raiva, e por vezes inveja. De acordo com estas autoras, uma outra conclusão pode ser generalizada, a infertilidade representa mais que a perda de fertilidade, representa a perda da sexualidade espontânea, da experiência da gravidez e da continuidade genética.

8. OBJECTIVO DO ESTUDO

8.1. Objectivo Principal

Estudar o impacto da infertilidade no funcionamento sexual e satisfação sexual feminina.

Relativamente a este objectivo colocaram-se as hipóteses nº 1 e nº 2.

Hipótese nº 1 – Existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento sexual entre as mulheres dos casais com infertilidade e as mulheres dos casais sem diagnóstico de infertilidade, isto é, as mulheres dos casais com infertilidade têm níveis inferiores de funcionamento sexual.

Hipótese nº 2 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres dos casais com infertilidade e as mulheres dos casais sem diagnóstico de infertilidade no que diz respeito à satisfação sexual, isto é, as mulheres dos casais com infertilidade têm menor satisfação sexual.

8.2. Objectivos Secundários

Avaliar a influência da infertilidade na auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual feminina. Relativamente a este objectivo colocou-se a hipótese nº 3.

Hipótese nº 3 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres dos casais com infertilidade e as mulheres dos casais sem diagnóstico de infertilidade no que diz respeito à auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual, isto é, as mulheres dos casais com infertilidade têm menor auto-estima sexual, mais depressão sexual e preocupação sexual.

Avaliar a influência da duração da infertilidade no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual feminina.

Relativamente a este objectivo colocou-se a hipótese nº 4.

Hipótese nº 4 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres dos casais com menos de 5 anos de infertilidade e mais de 5 anos no que diz respeito ao funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual, isto é, as mulheres dos casais com mais de 5 anos de infertilidade têm níveis inferiores de funcionamento sexual, menor satisfação sexual, menor auto-estima sexual, mais depressão sexual e preocupação sexual.

Determinar se as mulheres que iniciaram tratamento da infertilidade apresentam menores índices de funcionamento sexual e satisfação sexual, diferenças na auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual.

Relativamente a este objectivo colocou-se a hipótese nº 5.

Hipótese nº 5 - Existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual entre as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade e as que ainda não iniciaram.

Avaliar o efeito da duração do tratamento da infertilidade no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual.

Relativamente a este objectivo colocou-se a hipótese nº 6.

Hipótese nº 6 - Existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual entre as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há mais de 2 anos e as que o iniciaram há menos de 2 anos.

9. METODOLOGIA

9.1. TIPO DE ESTUDO

Multicêntrico, a investigação foi desenvolvida num hospital publico e numa clínica privada que têm consulta de apoio à fertilidade, consulta de ginecologia e de planeamento familiar.

Transversal, não apresentou período de seguimento, os dados foram colhidos num único ponto no tempo e representam um corte transversal ou fotografia das características da população em estudo.

Comparativo, uma vez que se pretende comparar as mulheres dos casais com infertilidade (grupo caso) com as mulheres dos casais sem diagnóstico de infertilidade (grupo controlo).

Analítico, pretende-se não só descrever as variáveis em estudo, como também, estabelecer relações entre estas, com o intuito último de estabelecer associações entre a(s) variável(eis) independente(s) e a(s) variável(eis) dependente(s) em estudo.

9.2. Tipo de amostra

Amostra de conveniência, por não haver outra alternativa viável, uma vez que a população de mulheres com infertilidade que procuram consulta de apoio à fertilidade no país, não está toda ela identificada e disponível para ser inquirida.

9.3. Critérios de inclusão

Grupo de caso – Mulheres de casais com infertilidade (não implica factor feminino); idade mínima 18 anos, máxima 38 anos; escolaridade mínima - 4º ano; sexualmente activas, com relações sexuais nas últimas 4 semanas.

Grupo de controlo – Mulheres de casais sem diagnóstico de infertilidade; recorrem à consulta de planeamento familiar ou a uma consulta de ginecologia apenas para avaliação ginecológica de rotina; idade mínima 18 anos, máxima 38 anos; escolaridade mínima - 4º ano; sexualmente activas, com relações sexuais nas últimas 4 semanas.

9.4. Recrutamento

As mulheres dos casais com infertilidade foram recrutadas na consulta de apoio à fertilidade de um hospital publico. As mulheres do grupo controlo foram recrutadas em consultas de ginecologia e planeamento familiar de um hospital publico e de uma clínica privada.

9.5. Dimensão da amostra

A amostra é constituída por 107 mulheres de casais com infertilidade (grupo de caso) e 101 mulheres de casais sem diagnóstico de infertilidade (grupo controlo).

9.6. Organização

Para obtenção de autorização para aplicação dos questionários às potenciais participantes foi contactado o Conselho de Administração, Comissão de Ética, Direcção do Serviço de Ginecologia e Coordenação da Unidade de Medicina Reprodutiva de um hospital publico e Direcção Clínica de uma Instituição/Clínica Privada (*Anexos. Documento 2. e 3.; pág.115;117*). No pedido redigido por escrito foi explicado a importância, natureza e características do estudo, assim como os seus objectivos e metodologia empregue. Foi dada a garantia do anonimato das participantes e confidencialidade dos dados colhidos.

A autorização de utilização dos instrumentos psicométricos foi solicitada mediante envio do pedido para as respectivas moradas electrónicas e obtenção do respectivo consentimento (*Anexos. Documento 4., 5. e 6. ; pág. 118;119;120*).

À Professora *Sandra Byers* (Departamento de Psicologia da Universidade de *New Brunswick* – Canada), foi solicitada permissão para utilização da escala – Medida Global de Satisfação sexual, permissão que foi gentilmente concedida.

Ao Dr. *William E. Snell* (Departamento de Psicologia da Universidade do *Missouri* – USA) foi solicitada e obtida permissão para utilização da escala – Escala de Sexualidade.

Ao Dr. Pedro Pechorro (Psicólogo Clínico, Faculdade de Medicina de Lisboa) autor da validação do *Female Sexual Function Index* para a população portuguesa foi pedida permissão para utilização deste instrumento que igualmente foi concedida.

9.7. Instrumento de colheita de dados

Consistiu em dois questionários de auto-resposta, um para ser aplicado ao grupo caso e outro ao grupo controlo.

O questionário do grupo caso foi constituído por nove itens sócio-demográficos, oito itens isolados que procuraram obter informação relativamente à situação de infertilidade e por três escalas de auto-resposta (*Anexos. 2.1. Questionário Demográfico – Grupo Caso; pág. 124*).

O questionário do grupo controlo foi constituído por nove itens sócio-demográficos, dois itens isolados e por três escalas de auto-resposta (*Anexos. 2.1. Questionário Demográfico – Grupo Controlo; pág 125*).

9.7.1. Grupo Caso

9.7.1.1. Questionário Sócio-Demográfico

É constituído por nove itens sócio-demográficos, nomeadamente: idade, tem como objectivo conhecer a idade da mulher de modo a controlar os eventuais efeitos

da idade; Raça/Étnia tem como objectivo conhecer a raça/étnia da mulher, de modo a controlar os seus eventuais efeitos. Os itens escolaridade e profissão têm como objectivo definir a posição social. O estado civil, idade do companheiro/marido, número de anos que vivem juntos como casal, número de filhos biológicos vivos, religião, tiveram como objectivo permitir controlar igualmente o efeito destas variáveis.

9.7.1.2. Itens isolados

Foram seleccionados dois itens que são teoricamente relevantes: medicação diáriamente administrada, de modo a controlar o efeito de determinados medicamentos no funcionamento sexual e satisfação sexual e restrição da actividade sexual, de modo a seleccionar as mulheres sem restrição da actividade sexual, excluindo-se as restantes.

9.7.1.3. Escalas de auto-resposta

Foram incorporadas três escalas de auto-resposta, nomeadamente o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), a Medida Global de Satisfação Sexual (GMSEX) e a Escala de Sexualidade (SS).

1 – O Índice de Funcionamento Sexual Feminino, (FSFI) validado para a população portuguesa pelo Dr. Pedro Pechorro ¹⁰². É um questionário constituído por 19 itens que medem seis dimensões do funcionamento sexual feminino: desejo,

excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Cada item tem cinco ou seis opções de resposta, com apenas uma resposta assinalável. A pontuação de cada dimensão varia entre 1.2 e 6 ou entre 0 e 6. A pontuação total varia entre 2 e 36, os maiores níveis de funcionamento sexual são indicados pelas pontuações mais elevadas. Numa dada dimensão a pontuação de zero reflecte a ausência de actividade sexual, não se obtendo assim qualquer informação sobre essa dimensão. Relativamente á pontuação, os itens 8,10,12,17,18 e 19 são invertidos. A opção de resposta em cada item consiste num valor de 0 a 5 ou de 1 a 5. As pontuações de cada dimensão individual são obtidas pela soma das pontuações dos itens individuais dessa dimensão e pela posterior multiplicação desse resultado por um valor específico atribuído a cada dimensão que varia entre 0,3 e 0,6 (para o domínio desejo o factor é de 0,6; excitação e lubrificação é de 0,3; orgasmo, satisfação e dor é de 0,4) . A pontuação total da escala é obtida pela soma das pontuações das seis dimensões. O FSFI tornou-se o instrumento de eleição na avaliação de disfunções sexuais femininas devido às suas consensualmente boas propriedades psicométricas e à actualidade dos seus critérios diagnósticos. A consistência interna desta escala é elevada (atingindo *alpha de chronbach* de 0,82 e superiores para cada uma das suas seis dimensões e de 0.96 para a totalidade da escala). A estabilidade temporal (2-4 semanas) foi relativamente elevada para todas as dimensões e para a totalidade da escala ($r=0,88$). Este instrumento encontra-se validado para a população portuguesa (*Anexos. 4.1. FSFI; pág.).*

2 – A Medida Global de Satisfação Sexual foi construída por *Lawrance & Byers*²⁵ em 1998. Avalia a satisfação global do relacionamento sexual. Os inquiridos

classificam o seu relacionamento sexual com base em 5 escalas bipolares com 7 pontos cada (muito bom-muito mau; muito agradável-muito desagradável; muito positivo-muito negativo; muito satisfatório-muito insatisfatório; muito valioso-sem valor). As pontuações possíveis no GMSEX variam entre 5 e 35, com as pontuações mais elevadas a traduzirem maior satisfação sexual. *Lawrance & Byers* ²⁵ mostraram que o GMSEX correlaciona-se significativamente com outras medidas de satisfação sexual. A consistência interna desta escala é elevada (*alpha de chronbach* de 0,96) (*Anexos. 4.2 .GMSEXl; pág.).*

3 – A Escala de Sexualidade (versão abreviada), desenvolvida por *Wiederman e Allgeier* ³, é um instrumento desenhado para medir três aspectos da sexualidade: auto-estima sexual, sentimento positivo, de confiança na capacidade de viver a sua sexualidade de um modo satisfatório; depressão sexual, vivência de sentimentos de tristeza, infelicidade e depressão em relação á sua vida sexual; preocupação sexual, tendência para pensar exageradamente em sexo. É uma escala composta por 15 itens. Existem 5 hipóteses de resposta (concordo - pontua +2; concordo ligeiramente – pontua +1; Não concordo ou discordo – pontua 0; discordo ligeiramente – pontua -1; discordo – pontua -2). Os itens 1,4,10,13 e 14 avaliam a auto-estima sexual (o item 13 é invertido). Os itens 2,5,7,11 e 15 avaliam a depressão sexual (o item 5 é invertido). Por último os itens 3,6,8,9, e 12 avaliam a preocupação sexual. Os itens de cada subescala são somados e as pontuações variam entre -10 e +10. Pontuações mais elevados reflectem maior auto-estima sexual, maior depressão sexual e maior preocupação sexual.

A sua consistência interna é elevada (atingindo *alpha de chronbach* de 0.94 para auto-estima-sexual, 0,89 para depressão sexual e 0,90 para a preocupação sexual) (Anexos. 4.3 .SS; *pág.*).

9.7.2. Grupo Controlo

9.7.2.1. Questionário Sócio-Demográfico

Tem a mesma composição que a do grupo caso

9.7.2.2. Itens isolados

Foram definidos oito itens isolados, considerados os teoricamente relevantes: tipo de infertilidade (primária /secundária); número de anos de infertilidade; causa da infertilidade; início do tratamento da infertilidade; tipo de tratamento da Infertilidade; número de anos de espera para iniciar tratamento; medicação diariamente administrada; uma questão isolada que consiste - Acha que a sua vida sexual se modificou a partir do momento em que foi diagnosticado infertilidade ?.

9.7.2.3. Escalas de auto-resposta

As descritas anteriormente no grupo caso

9.8. Colheita de dados

O instrumento de colheita de dados consistiu num questionário de auto-resposta, descrito anteriormente, os dados obtidos são descaracterizados e

utilizados unicamente na tese. Os questionários foram distribuídos às inquiridas após esclarecimento e assinatura do consentimento informado (*Anexos. Documento nº 7 e nº 8; pág.*), isto é, a totalidade das participantes tiveram que assinar um consentimento informado em como aceitaram participar de forma livre e voluntária no estudo. Os questionários foram separados do consentimento informado pelas próprias e introduzidos numa urna de modo a manter o anonimato.

Foi realizado um pré-teste a 20 mulheres de modo a aferir a compreensão das questões, das instruções de preenchimento e a sua aceitabilidade/adesão. A totalidade das mulheres aderiu ao preenchimento e 19 dos 20 questionários estavam correctamente preenchidos, (um dos questionários tinha duas questões por responder) pelo que, se concluiu que houve adesão, aceitabilidade e foram compreendidas as questões colocados assim como as instruções para um correcto preenchimento do questionário.

O grupo caso foi obtido mediante a aplicação do questionário às utentes da consulta externa de apoio á fertilidade da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. As utentes que frequentam esta consulta consistem em mulheres de casais com infertilidade, na consulta é realizada a avaliação do casal, com objectivo de identificar a(s) causa(s) da infertilidade e estabelecer um plano terapeutico personalizado.

As utentes foram abordadas individualmente e foi-lhes explicado o objectivo da investigação e entregue o questionário. Foi facultada uma sala individual para o preenchimento do questionário, em ambiente calmo e privado. Foi colocado uma urna selada á saída da consulta, para deposição dos questionários. Da totalidade de 120 questionários entregues foram depositados 114, dos quais 107 estavam

correctamente preenchidos, tendo sido excluídos 7 por incorrecção de preenchimento.

O grupo controlo foi obtido mediante a aplicação do questionário às utentes da consulta externa de ginecologia e de planeamento familiar da Maternidade Dr. Alfredo da Costa assim como aplicação do mesmo às utentes que recorreram a uma consulta de avaliação ginecológica numa Clínica Privada - Comatri. Da totalidade de 120 questionários entregues foram depositados 110, dos quais 101 estavam correctamente preenchidos, tendo sido excluídos 9 por incorrecção de preenchimento.

Quadro 2. – Aplicação de questionários

Local	Entregues	Preenchidos	Correctamente	Incorrectamente
Grupo Caso				
Consulta Externa de Apoio á Fertilidade	120	114	107	7
Grupo Caso - Total	120	114	107	7
Grupo Controlo				
Consulta Externa de Planeamento Familiar	30	29	25	4
Consulta Externa de Ginecologia	30	28	27	1
Consulta de Ginecologia – Clínica Privada	60	53	49	4
Grupo Controlo - Total	120	110	101	9
Total	240	224	208	16

Foram entregues 240 questionários, tendo sido preenchidos um total de 224, obtendo-se uma taxa de resposta de 93,4%. Do total de 224 questionários preenchidos, 7,1% foram incorrectamente preenchidos.

9.9. Tratamento de dados

Procedeu-se á selecção dos questionários que cumpriam os critérios de inclusão, nomeadamente: **Grupo de caso** – Mulheres de casais com infertilidade; com idade mínima de 18 anos, máxima de 38 anos; escolaridade mínima - 4º ano; sexualmente activas e com relações sexuais nas últimas 4 semanas. **Grupo de controlo** – Mulheres de casais sem o diagnóstico de infertilidade; que recorreram à consulta de planeamento familiar ou a uma consulta de ginecologia apenas para avaliação ginecológica de rotina; idade mínima 18 anos, máxima 38 anos; escolaridade mínima - 4º ano; sexualmente activas e com relações sexuais nas últimas 4 semanas.

Procedeu-se á operacionalização das variáveis, a amostra foi dividida em dois grupos: Grupo 1 – mulheres dos casais com infertilidade - grupo de caso (N=107) e Grupo 2 – mulheres dos casais sem diagnóstico de infertilidade - grupo de controlo (N=101).

Para a variável raça/etnia foram considerados 4 itens (Branca; Negra; outra – qual?; não respondo).

Relativamente á escolaridade, as mulheres foram divididas em 5 grupos (4ª classe; 6º ano; 9º ano; 12º ano; Bacharelato ou Licenciatura). O estado civil foi subdividido em 6 itens (Solteira; Junta/União de facto; Casada; Separada; Divorciada; Viúva)

Para a classificação das posições sociais recorreu-se aos critérios elaborados pela Área de Análise Social e Organizacional da Educação da universidade do Minho ¹⁰³ (*Anexos. 3. Definição de Posições Sociais; Pág.*). Posição social I (classe superior), posição social II (classe média mais intruída), posição social III (

classe média menos instruída), posição social IV (extracto operário e rural – trabalhadores manuais).

Relativamente à religiosidade, as mulheres foram divididas em 5 grupos em função de serem católicas praticantes, não praticantes, protestantes, pertencerem a outro culto religioso, não religiosas (ateia, agnóstica) ou recusarem-se a responder à questão. Foi operacionalizada como variável ordinal com 5 níveis.

Relativamente às variáveis critério, para o funcionamento sexual foi utilizado o Índice de Funcionamento Sexual Feminino, com as suas dimensões: Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor. Foi efectuado o cálculo da pontuação de cada uma das suas dimensões assim como da totalidade da escala. No estudo da satisfação sexual foi utilizada a dimensão satisfação sexual do *FSFI* e a escala - Medida Global de Satisfação Sexual, com as pontuações mais elevadas a traduzirem maior satisfação sexual. Na investigação da auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual recorreu-se à Escala de Sexualidade (versão abreviada), desenvolvida por *Wiederman and Allgeier*. Trata-se de uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos. Os itens de cada subescala foram somados, as pontuações mais elevadas reflectiram maior autoestima sexual, maior depressão sexual e maior preocupação sexual. Trata-se de uma variável ordinal com 5 níveis.

Os dados foram introduzidos e tratados no software SPSS-18 for *Windows*.

10. RESULTADOS

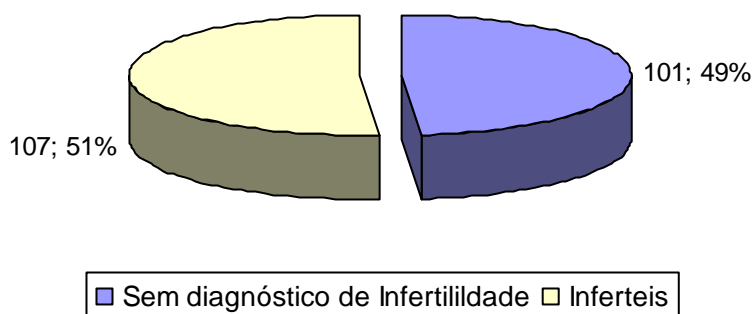
10.1. Caracterização da amostra

Colaboraram na investigação um total de 208 mulheres, das quais 101 mulheres de casais sem diagnóstico de infertilidade (48,6%), designadas como grupo de controlo e 107 de casais com infertilidade (51,4%), designadas como grupo de caso.

Os dados socio-demográficos relativos às participantes neste estudo também são apresentados em quadros e gráficos com o objectivo de facilitar a sua leitura e compreensão.

O gráfico nº 1 representa a distribuição da amostra em função da existência ou não de infertilidade.

Gráfico 1. – Distribuição da amostra em função da existência de infertilidade.



Ambos os grupos caso e controlo são semelhantes no número de elementos que os compõem.

10.1.1. Idade

Apresenta-se a caracterização relativa á idade das mulheres. A média de idades é de 31,7 anos no grupo caso e de 32,1 anos no grupo de controlo, não sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(178,575) = -1,649$, $p=0,101$.

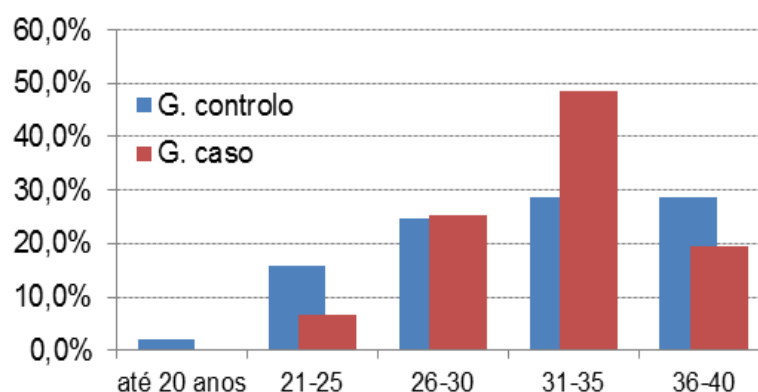
A caracterização da amostra relativamente á idade das mulheres em estudo pode ser observada no quadro nº 3.

A distribuição das mulheres por escalões etários pode ser apreciada no gráfico nº 2. Em ambos os grupos predominam as mulheres do escalão 31-35 anos, grupo de caso 48,6% e no grupo de controlo 28,7%.

Quadro 3. - Caracterização da amostra relativamente à idade das mulheres.

Idade	Grupo de Caso (N=107)	Grupo de Controlo (N=101)
Idade (anos)		Idade (anos)
Média:32,1		Média: 31
Mediana: 33		Mediana:32
Mínimo: 22		Mínimo: 18
Máximo:38		Máximo:38
Variância: 14,8		Variância:30
Desvio-Padrão:3,8		Desvio-Padrão: 5,4

Gráfico 2. – Escalões etários.



10.1.2. Raça e Étnia

Globalmente no que se refere à raça 89,9% mulheres são de raça branca e 9,1% de raça negra.

Quadro 4. - Caracterização da amostra relativamente à raça e étnia.

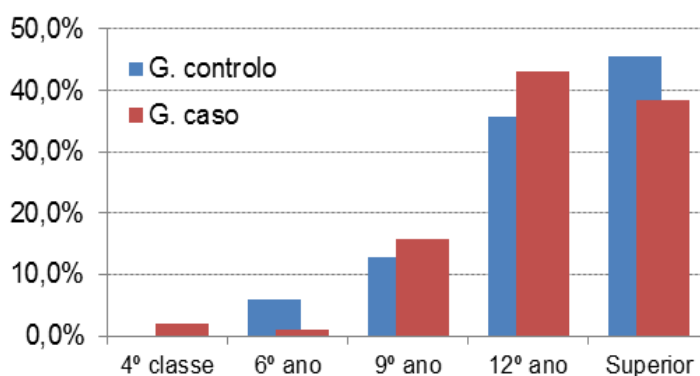
Raça e Étnia	Grupo de Caso (N=107)	Grupo de Controlo (N=101)
Branca: 95 (88,8%)		Branca: 92 (91,1%)
Negra: 10 (9,3%)		Negra: 9 (8,9%)
Outra: 2 (1,9%)		Outra: -

10.1.3. Escolaridade

No que se refere à escolaridade, no grupo de caso a maioria tem o 12º ano (43,0%), enquanto no grupo de controlo a maioria das mulheres tem o ensino superior (45,5%).

No entanto, a diferença de proporções não é estatisticamente significativa, $\chi^2(4) = 7,445$, $p=0,114$.

Gráfico 3. – Escolaridade.



Quadro 5. - Caracterização da amostra relativamente à escolaridade.

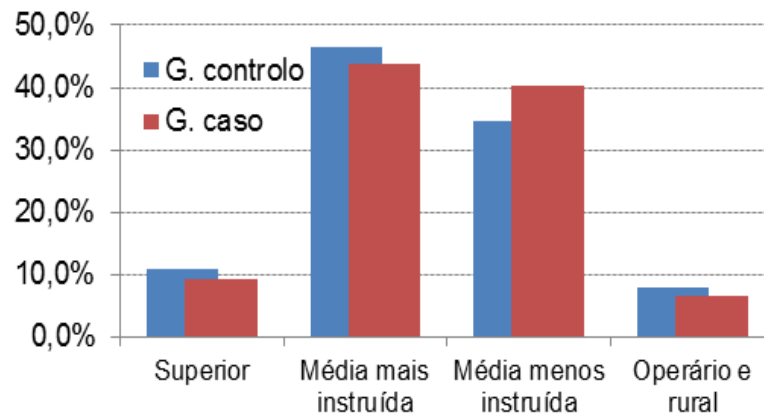
Escolaridade	Grupo de Caso (N=107)	Grupo de Controlo (N=101)
4º Classe: 2 (1,9%)		4º Classe: -
6º Ano: 1 (9%)		6º Ano: 6 (5,9%)
9º Ano: 17 (15,9%)		9º Ano: 13 (12,9%)
12º Ano: 46 (43%)		12º Ano: 36 (35,6%)
Bacharelato/Licenciatura: 41 (38,3%)		Bacharelato/Licenciatura: 46 (45,5%)

10.1.4. Posição Social

No que se refere à posição social, a maioria das mulheres pertence à posição social II - classe média mais instruída (45,2%), seguindo-se depois as que pertencem à posição social III - classe média menos instruída (37,5).

A distribuição das mulheres por classe social e grupo de análise é homogénea, $\chi^2(3) = 0,762$, $p=0,858$.

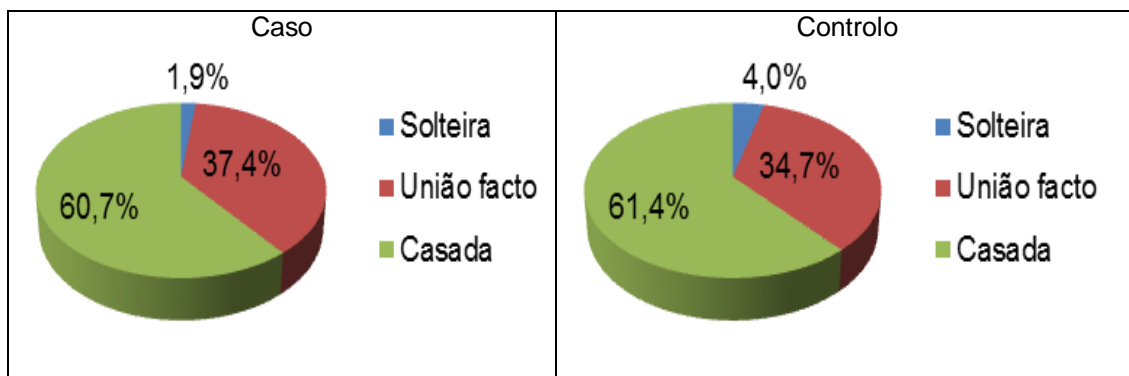
Gráfico 4. – Classe social.



10.1.5. Estado Civil

Relativamente ao estado civil, 60,7% das mulheres do grupo de caso e 61,4% do grupo de controlo são casadas. As solteiras representam 1,9% e 4,0%, respectivamente. A diferença de proporções não é estatisticamente significativa, $\chi^2(2) = 8,999$, $p=0,638$.

Gráfico 5. - Estado civil.



Quadro 6. - Caracterização da amostra relativamente ao estado civil.

Estado Civil	Grupo de Caso (N=107)	Grupo de Controlo (N=101)
Solteira: 2 (1,9%)		Solteira: 4 (4%)
Junta/União de Facto: 40 (37,4%)		Junta/União de Facto: 35 (34,7%)
Casada: 65 (60,7%)		Casada: 62 (61,4 %)
Outro: -		Outro: -

10.1.6. Religião

Relativamente á religião, 68,2% das mulheres do grupo de caso e 63,4% do grupo de controlo são católicas não praticantes. As católicas praticantes representam 10,3% e 23,8%, respectivamente. A diferença de proporções não é estatisticamente significativa, $\chi^2 (2) = 8,888$, $p=0,615$.

Quadro 7. - Caracterização da amostra relativamente á religião.

Religião	Grupo de Caso (N=107)	Grupo de Controlo (N=101)
Católica Praticante: 11 (10,3%)		Católica Praticante: 24 (23,8%)
Católica Não Praticate: 73 (68,2%)		Católica Não Praticate: 64 (63,4%)
Agnóstica/Ateu: 11 (10,3%)		Agnóstica/Ateu: 8 (7,9%)
Protestante: 2 (1,9 %)		Protestante: 4 (4 %)
Outro: 8 (7,5%)		Outro: 1 (1%)
Não Responde: 2 (1,9%)		

10.1.7. Idade do Parceiro e Anos de vida em Comum

A média de idades dos parceiros é de 34,6 anos no grupo de controlo e de 33,9 anos no grupo de caso. Já relativamente à média de idade da relação esta

cifra-se em 5,5 anos e 5,9 anos, respectivamente, não sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(206) = -0,725$, $p=0,469$.

Quadro 8. - Caracterização da amostra relativamente á idade do parceiro e anos de vida em comum.

Idade do parceiro		Grupo de Caso (N=107)	Grupo de Controlo (N=101)
Idade (anos)			
Média: 33,9			Média: 34,6
Mediana: 33			Mediana: 35
Mínimo: 23			Mínimo: 21
Máximo: 51			Máximo: 48
Variância: 24,4			Variância: 32,6
Desvio-Padrão: 4,9			Desvio-Padrão: 5,7
Anos de vida em Comum			
Idade (anos)			Idade (anos)
Média: 5,9			Média: 5,5
Mediana: 5			Mediana: 5
Mínimo: < 1 ano			Mínimo: < 1 ano
Máximo: 20			Máximo: 25
Variância: 14,9			Variância: 17,4
Desvio-Padrão: 3,8			Desvio-Padrão: 4,1

10.1.8. Número de Filhos Biológicos

Apenas 8 mulheres (7,5%) com infertilidade secundária têm filhos. Destas, 6 têm 1 filho e duas têm 3 filhos. Das mulheres do grupo de controlo 29,7% não têm filhos. As restantes, a maioria tem 1 filho (38,6%) ou dois filhos (22,8%).

Quadro 9. - Número de filhos biológicos.

Nº filhos		Tipo		
		Controlo	Caso	Total
0	Freq.	30	99	129
	%	29,7%	92,5%	62,0%
1	Freq.	39	6	45
	%	38,6%	5,6%	21,6%
2	Freq.	23	0	23
	%	22,8%	,0%	11,1%
3	Freq.	7	2	9
	%	6,9%	1,9%	4,3%
4	Freq.	2	0	2
	%	2,0%	,0%	1,0%
Total	Freq.	101	107	208
	%	100,0%	100,0%	100,0%

10.1.9. Medicação

Apenas 30,8% das mulheres da amostra refere efectuar medicação diariamente. Os contraceptivos orais constituem o medicamento mais frequentemente tomado, pelo grupo controlo. O número de mulheres que refere tomar fármacos que teoricamente podem influenciar a resposta sexual é pouco representativo na amostra (2,5%).

10.1.10. Tipo de Infertilidade

81,3% das mulheres inférteis têm infertilidade primária e 18,7% secundária.

Quadro 10. - Tipo de Infertilidade

	Grupo de Caso (N=107)			
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Primaria	87	81,3	81,3	81,3
Secundaria	20	18,7	18,7	100,0
Total	107	100,0	100,0	

10.1.11. Causa de Infertilidade

As causas de infertilidade distribuem-se por frequências semelhantes entre o factor feminino (n=27), masculino (n=30) e causas desconhecidas/inexplicadas (n=30).

Quadro 11. - Causa de Infertilidade

	Grupo de Caso (N=107)			
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Factor feminino	27	25,2	25,2	25,2
Factor masculino	30	28,0	28,0	53,3
Mista	20	18,7	18,7	72,0
Inexplicada	30	28,0	28,0	100,0
Total	107	100,0	100,0	

10.1.12. Duração da Infertilidade

Uma elevada percentagem das mulheres são mulheres de casais com mais de 5 anos de infertilidade (81,3%).

Quadro 12. - Anos de Infertilidade

	Grupo de Caso (N=107)			
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Até 5 anos	87	81,3	81,3	81,3
> 5 anos	20	18,7	18,7	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Quadro 13. - Duração da Infertilidade

Grupo de Caso (N=107)	
Duração da Infertilidade	
Idade (anos)	
Média: 4,1	
Mediana: 33	
Mínimo: 1	
Máximo: 15	
Variância: 14	
Desvio-Padrão: 3,3	

10.1.12. Tratamento da Infertilidade, Número de anos de Espera e Número de Anos em Tratamento

Um pouco mais de metade das mulheres encontra-se a efectuar tratamento de infertilidade e iniciou esse tratamento há menos de 2 anos (74,4%).

Quadro 14. - Tratamento da Infertilidade

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Aguardar tratamento	64	59,8	59,8	59,8
Iniciaram Tratamento	43	40,2	40,2	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Quadro 15. - Número de anos de espera para realizar tratamento

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Até 1 ano	70	65,4	65,4	65,4
> 1 ano	37	34,6	34,6	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Quadro 16. - Tratamento da Infertilidade e número de anos em tratamento

Tratamento da infertilidade	Nº anos em tratamento
Nº mulheres a aguardarem tratamento: 64 (59,8%) Nº mulheres que iniciaram tratamento: 43 (40,2%) Nº anos de espera para iniciar tratamento <1 ano: 70 (65,4%) > 1 ano: 37 (34,6)	Média: 1,9 Mínimo: 0 Máximo: 6 Variância: 1,7 Desvio-Padrão: 1,3 Kurtose: 1,3

A maioria das mulheres aguarda menos de 1 ano para iniciar tratamento (65,4%).

Os tratamentos mais frequentes são a FIV/transferência de embriões (34,8%); indução da ovulação (16,2%); indução da ovulação com inseminação artificial (16,2%); indução da ovulação com inseminação artificial seguida de FIV/transferência de embriões (16,2%).

Quadro 17. - Tipo de tratamento

	Freq.	%
Indução da ovulação	7	16,2
Inseminação artificial	3	6,9
FIV/Transferência de embriões	15	34,8
Indução da Ovulação + Inseminação artificial	7	16,2

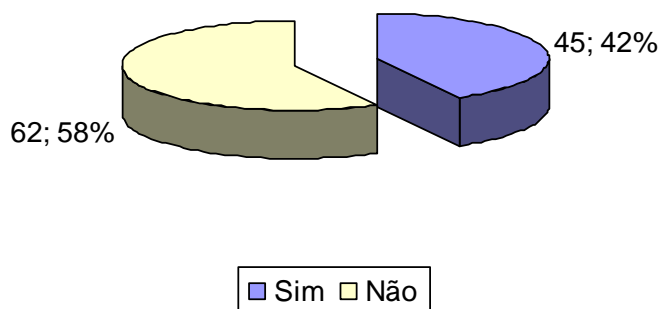
Quadro 17. - Tipo de tratamento (Cont.)

	Freq.	%
Indução da Ovulação + Inseminação artificial + FIV/Transferência de embriões	7	16,2
Inseminação artificial + FIV/Transferência de embriões	4	9,3
Total	43	100,0

10.1.13. Modificação da vida sexual após o diagnóstico de Infertilidade

Quase metade da amostra do grupo caso indica que a vida sexual se modificou a partir do momento em foi efectuado o diagnóstico de infertilidade 42,1%.

Gráfico 6. - Modificação da vida sexual



Os valores médios e respectivos desvios-padrão obtidos pelos grupos em estudo, nos instrumentos utilizados, nomeadamente no *Índice de Funcionamento Sexual Feminino* (FSFI), *Medida Global de Satisfação Sexual* (GMSEX) e *Escala de Sexualidade* (SS) podem ser apreciados no quadro nº 18.

Quadro 18. - Estatísticas descritivas

	Grupo	N	Média	Desvio padrão
Desejo	Controlo	101	4,50	1,10
	Caso	107	4,09	1,07
Excitação	Controlo	101	5,15	,90
	Caso	107	4,74	,97
Lubrificação	Controlo	101	5,39	,79
	Caso	107	5,15	,94
Orgasmo	Controlo	101	5,13	1,00
	Caso	107	4,89	1,13
Satisfação	Controlo	101	5,21	,94
	Caso	107	5,14	,94
Dor	Controlo	101	5,27	1,03
	Caso	107	4,99	1,15
Total FSFI	Controlo	101	30,62	4,60
	Caso	107	29,07	4,85
Total GMSEX	Controlo	101	30,91	4,18
	Caso	107	29,57	5,19
SS				
Auto-estima sexual	Controlo	101	6,34	2,89
	Caso	107	4,80	3,89
Depressão sexual	Controlo	101	-6,87	3,58
	Caso	107	-5,42	5,22
Preocupação sexual	Controlo	101	-7,76	2,87
	Caso	107	-6,68	3,00

10.2. Consistência interna

A consistência interna dos instrumentos de investigação utilizados no presente estudo foi analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*. Os valores encontrados para as dimensões Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) variam entre um mínimo de 0,820 (bom) na

dimensão desejo e um máximo de 0,901 (excelente) na dimensão dor. O valor global cifrou-se em 0,939.

Quadro 19. - Consistência interna – FSFI

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Desejo	0,820	2
Excitação	0,875	4
Lubrificação	0,847	4
Orgasmo	0,845	3
Satisfação	0,875	3
Dor	0,901	3
Total_FSFI	0,939	19

O valor do GMSEX foi de 0,956 (excelente). Este valor é muito semelhante ao do instrumento original (0,96).

Quadro 20. - Consistência interna - GMSEX

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
GMSEX	0,956	5

Os valores de consistência interna das dimensões da escala de sexualidade variam entre um mínimo de 0,629 (fraco, mas aceitável) na subescala preocupação sexual e um máximo de 0,853 (bom) na subescala de depressão sexual.

Quadro 21. - Consistência interna - Escala de Sexualidade

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Auto-estima sexual	0,785	5
Depressão sexual	0,853	5
Preocupação sexual	0,629	5

10.3. Hipóteses

Para testar as hipóteses formuladas utilizou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância (α) $\leq 0,05$. Em todas as hipóteses recorreu-se a estatística paramétrica pois estamos sempre a comparar duas amostras independentes e as variáveis dependentes são de tipo quantitativo. Assim, utilizou-se o teste *t de Student*. Os pressupostos deste teste, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e teste de *Levene*. Nas amostras com dimensão superior a 30 aceitou-se, de acordo com o teorema do limite central, a normalidade de distribuição. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos usou-se o teste de *Mann-Whitney*. Nestes caso, para facilidade de interpretação apresentam-se nas estatísticas descritivas os valores das médias não os valores das ordens médias.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0 para Windows.

Para analisar a influência da infertilidade no funcionamento sexual, desenvolveu-se a hipótese nº 1.

Hipótese nº 1 – Existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento sexual entre as mulheres dos casais com infertilidade e as mulheres dos casais sem diagnóstico de infertilidade, isto é, as mulheres dos casais com infertilidade têm níveis inferiores de funcionamento sexual.

A hipótese nº 1 foi avaliada mediante a análise estatística das várias dimensões do FSFI, assim como da sua pontuação total.

Quadro 22. - Pontuação do *FSFI*

FSFI	
Grupo de Caso (N=107)	Grupo de Controlo (N=101)
Desejo	
Pontuação Média: 4,09 Mínimo: 1,2 Máximo: 6 Variância:1,145 Desvio-Padrão: 1,07	Pontuação Média: 4,50 Mínimo: 1,2 Máximo: 6 Variância:1,21 Desvio-Padrão: 1,10
Excitação	
Pontuação Média: 4,74 Mínimo: 1,8 Máximo: 6 Variância:0,94 Desvio-Padrão: 0,97	Pontuação Média: 5,15 Mínimo: 1,2 Máximo: 6 Variância: 0,81 Desvio-Padrão:0,90
Lubrificação	
Pontuação Média: 5,15 Mínimo: 1,2 Máximo: 6 Variância: 0,89 Desvio-Padrão: 0,95	Pontuação Média: 5,39 Mínimo: 1,8 Máximo: 6 Variância: 0,63 Desvio-Padrão: 0,8

Quadro 22. - Pontuação do *FSFI* (cont)

Orgasmo	
Pontuação	Pontuação
Média: 4,90	Média: 5,13
Mínimo: 1,2	Mínimo: 1,6
Máximo: 6	Máximo: 6
Variância: 1,29	Variância: 1,07
Desvio-Padrão: 1,14	Desvio-Padrão: 1,04
Satisfação	
Pontuação	Pontuação
Média: 5,14	Média: 5,22
Mínimo: 1,6	Mínimo: 1,6
Máximo: 6	Máximo: 6
Variância: 0,90	Variância: 0,89
Desvio-Padrão: 0,95	Desvio-Padrão: 0,94
Dor	
Pontuação	Pontuação
Média: 5	Média: 5,27
Mínimo: 1,2	Mínimo: 1,6
Máximo: 6	Máximo: 6
Variância: 1,34	Variância: 1,07
Desvio-Padrão: 1,16	Desvio-Padrão: 1,04
Pontuação Total	Pontuação Total
Média: 29,0	Média: 30,62
Mínimo: 13,1	Mínimo: 10,2
Máximo: 35,7	Máximo: 36
Variância: 23,5	Variância: 21,2
Desvio-Padrão: 4,86	Desvio-Padrão: 4,61

Para testar esta hipótese e fazer comparações entre os dois grupos utilizou-se o teste de *t-Student*. A análise estatística indicou haver diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para o **Desejo sexual**, $t(206) = 2,744$, $p=0,007$, as mulheres do grupo caso obtêm valores significativamente menos elevados nesta dimensão (4,09 vs 4,50); **Excitação sexual**, $t(206) = 3,171$, $p=0,002$, as mulheres do grupo caso obtêm valores significativamente menos elevados nesta dimensão (4,74 vs 5,15); **Lubrificação**, $t(203,390) = 2,014$, $p=0,046$, as mulheres do grupo caso obtêm valores significativamente menos elevados nesta dimensão (5,15 vs 5,39); **Total FSFI**, $t(206) = 2,353$, $p=0,020$, as mulheres do grupo caso obtêm

pontuações significativamente menos elevadas (29,08 vs 30,62) (Quadro 24.). Embora na dimensão orgasmo, satisfação e dor não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, os resultados obtidos permitiram, aceitar a hipótese nº1.

Quadro 23. - Aplicação do Teste de *t-Student* - *FSFI*

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Desejo	Equal variances assumed	,007	,4133	,1506
	Equal variances not assumed	,007	,4133	,1507
Excitação	Equal variances assumed	,002	,4133	,1303
	Equal variances not assumed	,002	,4133	,1300
Lubrificação	Equal variances assumed	,046	,2436	,1215
	Equal variances not assumed	,045	,2436	,1209
Orgasmo	Equal variances assumed	,121	,2355	,1513
	Equal variances not assumed	,120	,2355	,1509
Satisfação	Equal variances assumed	,585	,0719	,1314
	Equal variances not assumed	,585	,0719	,1313
Dor	Equal variances assumed	,073	,27514	,15274
	Equal variances not assumed	,072	,27514	,15225
Total_FSFI	Equal variances assumed	,020	1,5461	,6571
	Equal variances not assumed	,019	1,5461	,6561

Quadro 24. - Significância das diferenças - *FSFI*

	Controlo		Caso		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Desejo	4,50	1,10	4,09	1,07	0,007 *
Excitação	5,15	0,90	4,74	0,97	0,002 *
Lubrificação	5,39	0,80	5,15	0,95	0,045 *
Orgasmo	5,13	1,04	4,90	1,14	0,120
Satisfação	5,22	0,94	5,14	0,95	0,585
Dor	5,27	1,04	5,00	1,16	0,073
Total_FSFI	30,62	4,61	29,08	4,86	0,020 *

* $p \leq 0,05$

Para analisar a influência da infertilidade na satisfação sexual da mulher, desenvolveu-se a hipótese nº 2.

Hipótese nº 2 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres dos casais com infertilidade e as mulheres dos casais sem diagnóstico de infertilidade no que diz respeito à satisfação sexual, isto é, as mulheres dos casais com infertilidade têm menor satisfação sexual.

Para testar esta hipótese e fazer comparações entre os dois grupos utilizou-se o teste de *t-Student*. A análise estatística indicou que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na dimensão satisfação sexual do FSFI, embora o grupo caso tenha média inferior nesta dimensão. Quando se analisou a satisfação sexual recorrendo ao instrumento GMSEX verificou-se existir diferenças estatisticamente significativas, na dimensão **Satisfação sexual**, $t(206) = 2,042$, $p=0,042$, isto é, as mulheres do grupo caso

obtiveram níveis significativamente menos elevados de satisfação sexual (30,91 vs 29,57) (Quadro 29.)

Quadro 25. - Pontuação do *FSFI* para a dimensão – Satisfação Sexual

FSFI	
Grupo de Caso (N=107)	Grupo de Controlo (N=101)
Satisfação	
Pontuação	Pontuação
Média: 5,14	Média: 5,22
Mínimo: 1,6	Mínimo: 1,6
Máximo: 6	Máximo: 6
Variância: 0,90	Variância: 0,89
Desvio-Padrão: 0,95	Desvio-Padrão: 0,94

Quadro 26. - Aplicação do Teste de *t-Student* – Satisfação Sexual

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Satisfação	Equal variances assumed	,585	,0719	,1314
	Equal variances not assumed	,585	,0719	,1313

Quadro 27. - Pontuação do *GMSEX*

GMSEX	
Grupo de Caso (N=107)	Grupo de Controlo (N=101)
Pontuação	Pontuação
Média: 29,57	Média: 30,91
Mínimo: 12	Mínimo: 18
Máximo: 35	Máximo: 35
Variância: 27,02	Variância: 17,5
Desvio-Padrão: 5,2	Desvio-Padrão: 4,18

Quadro 28. - Aplicação do Teste de *t-Student*

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Total_GMSEX	Equal variances assumed	,042	1,341	,657
	Equal variances not assumed	,041	1,341	,653

Quadro 29. - Significância das diferenças - GMSEX

	Controlo		Caso		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
GMSEX	30,91	4,18	29,57	5,20	0,042

* $p \leq 0,05$

Para analisar a influência da infertilidade na auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual desenvolveu-se a hipótese nº 3.

Hipótese nº 3 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres dos casais com infertilidade e as mulheres dos casais sem diagnóstico de infertilidade no que diz respeito à auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual, isto é, as mulheres dos casais com infertilidade têm menor auto-estima sexual, mais depressão sexual e preocupação sexual.

A análise estatística indicou haverem efeitos estatisticamente significativos para a **Auto-Estima sexual**, $t(195,575) = 3,232$, $p=0,001$, as mulheres do grupo caso obtiveram valores significativamente menos elevados nesta dimensão (4,80 vs 6,34); **Depressão sexual**, $t(188,209) = -2,346$, $p=0,020$, as mulheres do grupo caso obtiveram valores significativamente mais elevados nesta dimensão (-5,42 vs -6,87); **Preocupação sexual**, $t(205) = -2,650$, $p=0,009$, as mulheres do grupo caso obtiveram valores significativamente mais elevados nesta dimensão (-6,68 vs -7,76) (Quadro 32.).

Os resultados obtidos permitiram aceitar a hipótese em estudo.

Quadro 30. - Pontuação da SS

SS	
Grupo de Caso (N=107)	Grupo de Controlo (N=101)
Auto-Estima Sexual	
Pontuação	Pontuação
Média: 4,8	Média: 6,34
Mínimo: -7	Mínimo: -4
Máximo: 10	Máximo: 10
Variância: 15,15	Variância: 8,4
Desvio-Padrão: 3,89	Desvio-Padrão: 2,89
Depressão Sexual	
Pontuação	Pontuação
Média: -5,42	Média: -6,87
Mínimo: -10	Mínimo: -10
Máximo: 10	Máximo: 5
Variância: 27,3	Variância: 12,8
Desvio-Padrão: 5,22	Desvio-Padrão: 3,58
Preocupação Sexual	
Pontuação	Pontuação
Média: -6,68	Média: -7,76
Mínimo: -10	Mínimo: -10
Máximo: 4	Máximo: 3
Variância: 9,02	Variância: 8,24
Desvio-Padrão: 3	Desvio-Padrão: 2,87

Quadro 31. - Aplicação do Teste de *t-Student* - *SS*

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
S_estima_s	Equal variances assumed	,002	1,533	,478
	Equal variances not assumed	,001	1,533	,474
S_depres_se	Equal variances assumed	,021	-1,451	,625
	Equal variances not assumed	,020	-1,451	,618
S_preoc_s	Equal variances assumed	,009	-1,083	,409
	Equal variances not assumed	,009	-1,083	,408

Quadro 32. - Significância das diferenças - *SS*.

	Controlo		Caso		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Auto-estima sexual	6,34	2,90	4,80	3,89	0,001 *
Depressão sexual	-6,87	3,58	-5,42	5,23	0,020 *
Preocupação sexual	-7,76	2,87	-6,68	3,00	0,009 *

* $p \leq 0,05$

Para analisar a influência da duração da infertilidade no funcionamento, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual desenvolveu-se a hipótese nº 4.

Hipótese nº 4 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres dos casais com menos de 5 anos de infertilidade e mais de 5 anos no que diz respeito ao funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima

sexual, depressão sexual e preocupação sexual, isto é, as mulheres dos casais com mais de 5 anos de infertilidade têm níveis inferiores de funcionamento sexual, menor satisfação sexual, menor auto-estima sexual, mais depressão sexual e preocupação sexual.

Foi aplicado o teste de *t-Student* para as dimensões desejo, excitação e preocupação sexual e efectuada a restante análises estatística com *U-Mann-Whitney*. A análise estatística indicou existir diferenças estatisticamente significativas na dimensão **Preocupação Sexual**, $t(104) = -2,063$, $p=0,042$ (Quadro 33.), as mulheres com mais de 5 anos de infertilidade obtiveram valores significativamente mais elevados nesta dimensão (-5,45 vs -6,97) e não haver efeitos estatisticamente significativos para as dimensões Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação, Dor, *FSFI* total, *GMSEX*, Auto-estima Sexual e Depressão Sexual.

Quadro 33. - Significância das diferenças (< 5 anos infertilidade vs > 5 anos - *FSFI*; *GMSEX*; *SS*).

	< 5 anos		> 5 anos		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Desejo	4,08	1,02	4,15	1,28	0,781
Excitação	4,74	0,96	4,75	1,06	0,981
Lubrificação	5,20	0,82	4,92	1,37	0,954
Orgasmo	4,91	1,13	4,82	1,22	0,851
Satisfação	5,15	0,95	5,13	0,97	0,977
Dor	4,96	1,19	5,16	1,00	0,525
Total_FSI	29,11	4,70	28,93	5,62	0,879
GMSEX	29,43	5,17	30,20	5,40	0,420
Auto-estima sexual	4,72	3,89	5,15	3,99	0,541
Depressão sexual	-6,01	4,62	-2,85	6,88	0,104
Preocupação sexual	-6,97	2,82	-5,45	3,52	0,042 *

* $p \leq 0,05$

Para analisar a influência do início do tratamento da infertilidade no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual desenvolveu-se a hipótese nº 5.

Hipótese nº 5 - Existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual entre as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade e as que ainda não iniciaram.

A análise estatística com o teste *t-Student* indicou haver diferenças estatisticamente significativas para as dimensões **Desejo sexual**, $t(105) = 2,344$, $p=0,021$, as mulheres que não iniciaram o tratamento da infertilidade obtiveram valores significativamente mais elevados nesta dimensão (4,28 vs 3,80); **Excitação sexual**, $t(105) = 1,997$, $p=0,048$, as mulheres que não iniciaram o tratamento da infertilidade obtiveram valores significativamente mais elevados nesta dimensão (5,24 vs 5,02); **Total FSFI**, $t(105) = 2,255$, $p=0,026$, as mulheres que não iniciaram o tratamento da infertilidade obtêm valores significativamente mais elevados nesta dimensão (29,93 vs 27,81) (*Quadro 34.*).

Quadro 34. - Significância das diferenças (início de tratamento vs não ter iniciado tratamento - *FSFI*; *GMSEX*; *SS*).

	Sem tratamento		Iniciado tratamento		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Desejo	4,28	0,96	3,80	1,17	0,021 *
Excitação	4,89	0,86	4,51	1,09	0,048 *
Lubrificação	5,24	0,93	5,02	0,96	0,231
Orgasmo	5,06	1,16	4,66	1,070	0,078
Satisfação	5,28	0,82	4,95	1,10	0,081
Dor	5,14	1,17	4,78	1,11	0,113
Total_FSFI	29,93	4,56	27,81	5,06	0,026 *
GMSEX	29,88	5,09	29,12	5,38	0,462
Auto-estima sexual	5,03	3,83	4,47	4,00	0,463
Depressão sexual	-5,98	5,13	-4,58	5,33	0,175
Preocupação sexual	-6,49	3,17	-6,95	2,76	0,440

* $p \leq 0,05$

Para analisar a influência da duração do tempo que a mulher permanece em tratamento no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual desenvolveu-se a hipótese nº 6.

Hipótese nº 6 - Existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual entre as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há mais de 2 anos e as que o iniciaram há menos de 2 anos.

A análise estatística com o teste de *t-Student* indicou existir diferenças estatisticamente significativas para as dimensões **Desejo sexual**, $t(41) = 2,121$,

$p=0,040$, as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há menos de 2 anos obtiveram valores significativamente mais elevados nesta dimensão (4,01 vs 3,18); **Satisfação sexual**, $t(41) = 2,361$, $p=0,035$, as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há mais de 2 anos obtiveram valores significativamente menos elevados nesta dimensão (4,18 vs 5,21); **GMSEX**, $t(41) = 3,665$, $p=0,001$, as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há mais de 2 anos obtiveram valores significativamente menos elevados nesta dimensão (24,73 vs 30,63); **Auto-estima sexual**, $t(41) = 3,475$, $p=0,005$, as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há mais de 2 anos obtiveram valores significativamente mais baixos nesta dimensão (0,55 vs 5,81); **Depressão sexual**, $t(41) = 3,475$, $p=0,005$, as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há mais de 2 anos obtiveram valores significativamente mais elevados nesta dimensão (0,73 vs -6,41) (Quadro 35.). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para as dimensões Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Dor, *FSFI* total e preocupação sexual.

Quadro 35. - Significância das diferenças (< 2 anos de tratamento vs > 2 anos de tratamento - *FSFI*; *GMSEX*; *SS*).

	Até 2 anos		> 2 anos		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Desejo	4,01	1,04	3,18	1,34	0,040 *
Excitação	4,62	1,05	4,20	1,20	0,275
Lubrificação	5,13	0,90	4,69	1,09	0,195
Orgasmo	4,80	1,13	4,25	0,79	0,148
Satisfação	5,21	0,87	4,18	1,35	0,035 *
Dor	4,73	1,17	4,95	0,97	0,578
Total_FSFI	28,62	5,12	25,45	4,22	0,073
GMSEX	30,63	4,84	24,73	4,52	0,001 *

Quadro 35. - Significância das diferenças (< 2 anos de tratamento vs > 2 anos de tratamento - *FSFI*; *GMSEX*; *SS*) (*cont.*).

	Até 2 anos		> 2 anos		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Auto-estima sexual	5,81	2,64	0,55	4,78	0,005 *
Depressão sexual	-6,41	4,03	0,73	5,22	0,000 *
Preocupação sexual	-7,03	2,92	-6,73	2,33	0,757

* $p \leq 0,05$

11. DISCUSSÃO

A infertilidade define-se como incapacidade de engravidar após pelo menos 12 meses de relacionamento sexual regular e desprotegido. Ao longo dos anos tem sido demonstrado que a infertilidade repercute-se negativamente em várias áreas da vida de um indivíduo. A revisão de literatura sobre a influência da infertilidade no funcionamento e satisfação sexual feminina resume-se a alguns trabalhos, embora nos últimos anos tenha-se vindo a assistir a um aumento no numero de publicações. Alguns autores como *Adashi* e *Read* avaliaram o impacto da infertilidade no funcionamento sexual dos casais ^{104, 105}. Constataram que o stress provocado pela infertilidade, bem como pelo tratamento ¹⁰⁵ pode causar problemas sexuais quer para os homens quer para as mulheres.

Repokari e colaboradores ¹⁰⁶, demonstraram uma influência negativa da infertilidade na relação conjugal. *Wischmann* e colaboradores ¹⁰⁷, centraram-se nos factores e características psicológicas dos casais inférteis. Esta proliferação de estudos permite uma compreensão aprofundada dos factores envolvidos nesta condição, porém tratam-se de características isoladas que não podem ser vistas dentro de um conjunto único e indivisível. A maioria dos estudos publicados que analisaram o impacto da infertilidade no funcionamento sexual feminino caracterizam-se por resultados discordantes e a grande maioria está associada a importantes limitações, nomeadamente não foram controlados nem utilizaram na sua metodologia questionários validados.

Neste estudo procurou-se utilizar questionários validados para a população portuguesa, nomeadamente foi utilizada a versão do *FSFI* validada para a população portuguesa. Ambos os grupos caso e controlo são homogéneos

relativamente às variáveis sócio-demográficas (não se verificaram diferenças estatisticamente significativas), pelo que, factores como a idade, escolaridade, raça/étnia, estado civil, posição social e religião, que poderiam influenciar o funcionamento sexual e satisfação sexual das mulheres, foram controlados.

A análise da idade do parceiro sexual e do número de anos de vida em comum, aspectos que influenciam o funcionamento sexual e satisfação sexual estão também controlados, uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos para estas variáveis. Este aspecto é relevante na medida em que são vários os autores, nomeadamente *Nene*¹⁰⁸ que referem que á medida que aumenta a idade do casal diminui o funcionamento sexual, assim, como a actividade sexual diminui à medida que aumenta o número de anos de vida em comum e o número de anos de infertilidade.

Relativamente á possibilidade de determinados fármacos poderem interferir, na resposta sexual, a análise estatística verificou que apenas 30,8% das mulheres do total da amostra referem efectuar medicação diariamente. Destas últimas somente 2,5% refere tomar fármacos que teoricamente poderão influenciar a resposta sexual, nomeadamente, fármacos anti-hipertensores que têm sido referidos como interferindo com vasocongestão genital normal; antidepressivos que têm sido implicados na disfunção orgásmica, bem como na diminuição do desejo; e anti-histamínicos que podem estimular a libertação de prolactina e secundariamente reduzir os níveis séricos de testosterona, diminuindo o desejo sexual.

A consistência interna dos instrumentos de investigação utilizados no presente estudo foi analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*. Os valores encontrados para as dimensões Índice de

Funcionamento Sexual Feminino (*FSFI*) variam entre um mínimo de 0,820 (bom) na dimensão desejo e um máximo de 0,901 (excelente) na dimensão dor. O valor global cifrou-se em 0,939. O valor do *GMSEX* foi de 0,956 (excelente). Este valor é muito semelhante ao do instrumento original (0,96). Os valores de consistência interna das dimensões da escala de sexualidade variam entre um mínimo de 0,629 (fraco, mas aceitável) na subescala preocupação sexual e um máximo de 0,853 (bom) na subescala de depressão sexual.

Na amostra em estudo as causas de infertilidade distribuem-se por frequências semelhantes entre o factor feminino (n=27), masculino (n=30) e causas desconhecidas/inexplicadas (n=30). Esta distribuição é semelhante á publicada, excepto a frequência de casos de infertilidade inexplicada que é de cerca de 28% enquanto na literatura esse valor é habitualmente inferior.

No questionário decidiu-se introduzir uma questão que pretendia avaliar de forma subjectiva se as mulheres dos casais com infertilidade consideravam que a sua vida sexual se tinha modificado a partir do momento em que lhes havia sido diagnosticado infertilidade. Quase metade da amostra do grupo caso indicou que a vida sexual se modificou a partir do momento em foi efectuado o diagnóstico de infertilidade 42,1%. Numa investigação conduzida por Leiblum^{109, 110}, Aviv e Hamer¹¹⁰, 58% das mulheres referiram um impacto negativo da infertilidade nas relações maritais e sexuais. Este dado já permitia antecipar decerto modo o que se veio a verificar, obteve-se uma diferença estatisticamente significativa entre as mulheres dos casais com infertilidade e as mulheres dos casais sem diagnóstico de infertilidade no que diz respeito a três das seis dimensões do funcionamento sexual feminino que compõem o *FSFI*: desejo, excitação, e lubrificação, assim, como na

pontuação total do próprio *FSFI*. Verificando a hipótese inicial de que as mulheres dos casais com infertilidade têm menores níveis de funcionamento sexual. Assim, a análise do impacto da infertilidade no funcionamento e satisfação sexual da mulher do casal com infertilidade confirmou a semelhança dos resultados obtidos por outros autores esse impacto. *Abbasalizadeh* e colaboradores ¹¹¹ no seu estudo prospectivo com 384 mulheres férteis e 384 mulheres inférteis encontraram diferenças com significado estatístico nas dimensões desejo e orgasmo, sendo a diminuição do desejo e orgasmo mais significativa no grupo de mulheres com infertilidade. Surpreendentemente no seu estudo a diminuição da lubrificação foi mais significativa no grupo de mulheres sem infertilidade. Neste trabalho ao contrário do anteriormente mencionado as mulheres dos casais com infertilidade têm menor lubrificação, não se tendo verificado diferença entre os grupos para a dimensão orgasmo. O estudo de *Hurwitz* ¹¹² com 40 casais com infertilidade primária demonstrou que em 50% das mulheres existia um aumento estatisticamente significativo da incidência de disfunção sexual, sendo a diminuição e perda de desejo a principal. Taylor ¹¹³ num dos seus estudos refere que muitos casais com infertilidade sofrem deterioração do seu relacionamento sexual. *Jain* e colaboradores entrevistou 175 casais inférteis, os principais problemas encontrados estavam relacionados com dispareunia (58%), diminuição do desejo (28%) e anorgasmia (14%) ¹¹⁴. *Jindal e Dhal* ¹¹⁵ entrevistaram a mulher de 200 casais com infertilidade relativamente a problemas psicosexuais. A diminuição da frequência do coito e anorgasmia constituíram os problemas mais frequentes. *Leah Millheiser* ¹¹⁶ constatou que as mulheres com infertilidade tinham menor desejo e excitação sexual. Alguns autores publicaram resultados discordantes com a literatura nomeadamente, existe um trabalho de *Wright* ¹¹⁷ que

refere que a infertilidade não altera o funcionamento sexual ou inclusive melhora-o comparativamente à população em geral, estes dados também entram em contradição como os obtidos neste estudo.

A análise da satisfação sexual da mulher do casal com infertilidade recorrendo à dimensão satisfação sexual do *FSFI*, que constitui um instrumento de eleição devido às suas consensualmente boas propriedades psicométricas, à actualidade dos seus critérios diagnósticos e estabilidade temporal (2-4 semanas) ser relativamente elevada para todas as dimensões e para a totalidade da escala ($r=0,88$) não verificou existir diferenças estatisticamente significativas entre o grupo caso e o controlo para esta dimensão, embora demonstrando uma tendência para o grupo das mulheres dos casais com infertilidade terem menor satisfação sexual uma vez que a sua pontuação média no *FSFI* para a dimensão satisfação é inferior à do grupo controlo. Quando se analisou a satisfação sexual recorrendo ao instrumento *GMSEX* que avalia a satisfação global do relacionamento sexual com base em 5 escalas bipolares com 7 pontos cada e em que as pontuações mais elevadas traduzem maior satisfação sexual, verificou-se existir diferenças estatisticamente significativas. As mulheres do grupo caso obtiveram valores significativamente menos elevados de satisfação sexual. Os resultados obtidos são concordantes embora se tenha obtido um resultado estatisticamente significativo com o *GMSEX* e não com o *FSFI*. Estes resultados estão de acordo com várias publicações nesta área, nomeadamente *Abbey* e colaboradores¹⁰⁰ referem no seu trabalho que a infertilidade aumenta o conflito sexual e diminui a frequência e a satisfação sexual comparativamente a um grupo controlo de casais seleccionados. Num outro estudo de *Dennerstein*⁹³ 71% das mulheres inférteis referiram que a infertilidade diminuiu a

satisfação sexual e fez com que a sua actividade sexual se tornasse mais mecânica e intencional. *Oddens* e colaboradores ¹¹⁸ recorrendo também a questionários auto-administrados, demonstraram que as mulheres com infertilidade têm maior prevalência de sentimentos negativos, alterações do relacionamento conjugal e menor satisfação sexual. Para além destes factos constataram que a tentativa prévia de fertilização *in-vitro* agravou o seu bem estar.

Lee e colaboradores ¹¹⁹ compararam a diferença do sofrimento provocado pela infertilidade nos membros do casal através de escalas para medir níveis de auto-estima, culpa, prejuízo sexual, satisfação sexual e marital. Um total de 138 casais foram envolvidos no estudo, agrupados de acordo com a causa de infertilidade (masculina, feminina, mista e inexplicada). Os resultados obtidos sugerem que as mulheres de casais com infertilidade feminina referem maior sofrimento global, menor auto-estima e maior sentimento de culpa comparativamente aos seus companheiros.

Manoj Monga e colaboradores ¹²⁰ recorreram a questionários validados de qualidade de vida, funcionamento sexual e ajustamento marital 18 casais inférteis e 12 férteis. Os resultados sugeriram um impacto negativo da infertilidade na qualidade de vida das mulheres, menor ajustamento marital ¹²¹, não foram obtidas no que diz respeito ao funcionamento sexual diferenças com significado estatístico, embora se tenha observado uma tendência para menor satisfação e problemas sexuais, quando comparados com os do grupo controle.

Na análise da influência da infertilidade na auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual foi utilizada a escala de sexualidade (versão abreviada), desenvolvida por *Wiederman* e *Allgeier* ³, é um instrumento desenhado

para medir três aspectos da sexualidade: auto-estima sexual, sentimento positivo, de confiança na capacidade de viver a sua sexualidade de um modo satisfatório; depressão sexual, vivência de sentimentos de tristeza, infelicidade e depressão em relação á sua vida sexual; preocupação sexual, tendência para pensar exageradamente em sexo. Os resultados indicam que as mulheres dos casais com infertilidade têm menor auto-estima sexual, maior depressão sexual e maior preocupação sexual. Estes resultados estão de acordo com os publicados na literatura. A maioria dos casais inférteis refere conflitos interpessoais, dificuldade de comunicação, desacordo relativamente aos tratamentos que muitas vezes lhes são propostos. As dificuldades sexuais ou disfunções podem dever-se a problemas já existentes antes da crise por causa da infertilidade, por exemplo, experiências sexuais passadas traumáticas, informações sexuais inadequadas ou inapropriadas, sentimentos de inadequação ou confusão sobre o papel sexual, depressão ou baixa auto-estima podem contribuir significativamente para o enfraquecimento do relacionamento sexual. Nestes casos, a infertilidade pode actuar como um factor precipitante ou de agravamento trazendo à superfície dificuldades sexuais.

O impacto directo do stress decorrente da infertilidade conduz, segundo *Andrews, Abbey e Halman*, a conflitos conjugais, diminuição da auto-estima, insatisfação sexual, diminuição da frequência do relacionamento sexual e diminuição do sentimento de bem-estar face à vida como um todo ¹²².

A análise da influência da duração da infertilidade no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual demonstrou que as mulheres dos casais com maior duração de infertilidade (> 5 anos) têm maior preocupação sexual. Não se verificando diferenças com significado

estatístico no que respeita ao funcionamento, satisfação sexual, auto-estima sexual e depressão sexual. Embora a diferença não tenha significado estatístico a média obtida na pontuação total do *FSFI* é inferior nas mulheres dos casais com mais de 5 anos de infertilidade quando comparada com a dos casais com menos de 5 anos. Também *Nene* e colaboradores ¹⁰⁸ demonstraram que a actividade sexual diminui á medida que aumenta o número de anos de infertilidade.

Nos casais inférteis os insucessos consecutivos da concepção reflectem-se nos comportamentos sexuais. O que inicialmente era considerado uma fase de excitação e plenitude sexual esbate-se em momentos de angústia e de insatisfação. No decorrer de um tratamento para a infertilidade, a natureza das relações mudam inevitavelmente, a inclusão de uma terceira parte, a equipa médica, na dimensão mais íntima do casal provoca uma destabilização evidente. As medições consecutivas, os exames repetitivos, a espera de um resultado, tornam-se factores ‘anti-desejo’ no casal. *Balen e Kemper* ¹²³ comprovaram que os casais inférteis em tratamento prolongado restringem os seus comportamentos sexuais à procriação. O desejo de ter um filho é substituído por uma obrigatoriedade latente de ser um casal ‘grávido’.

No caso das mulheres que iniciaram tratamento da infertilidade o tratamento mais frequenteemente utilizado foi a FIV/transferência de embriões. Esta modalidade de tratamento é porventura a mais invasiva para a mulher e para o casal. É frequente encontrar-se na literatura referências mencionando que o casal frequentemente sente-se humilhado com as questões colocadas pelos médicos e com os procedimentos invasivos que lhes são solicitados ¹²⁴. Sente que perdeu a privacidade e que tornou público o facto de tentar ter um filho ¹²⁵. Sentem que a sua

actividade sexual se tornou num acto pré-programado com o único objectivo de conceberem uma criança ^{126, 127}. Sente-se explorado e induzido a experimentar novos procedimentos, muitas vezes dolorosos, como se fizessem parte de uma investigação ¹²⁶.

A análise da influência do início do tratamento da infertilidade no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual indicou que as mulheres dos casais com infertilidade que iniciaram tratamento têm globalmente menores níveis de funcionamento sexual, em particular menor desejo e excitação sexual comparativamente às que ainda não iniciaram. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de que a pressão que é exercida sobre o casal e a mulher em particular para engravidar, a perda de privacidade e o próprio tratamento da infertilidade ter um impacto negativo no funcionamento sexual. Alguns casais também sentem a investigação da infertilidade como uma invasão da sua privacidade. Muitas vezes faz parte da investigação o preenchimento de tabelas onde são registados dados tão simples como a temperatura corporal basal mas também tão complexos como os que envolvem informação mais íntima, como por exemplo a frequência de actividade sexual. Frequentemente após se encontrar a esperança nas técnicas de reprodução medicamente assistida para solucionar a infertilidade, quando estas falham, ou seja perante um resultado negativo, desencadeiam-se sentimentos de angústia e frustração, perda de controlo emocional, isolamento social e familiar. A reacção à incapacidade de conceber, pode ser manifestada como tristeza profunda, ansiedade, sentimentos de perda, culpa, raiva, pânico, desespero, emoções que vão ainda mais agravar o funcionamento sexual que já se encontrava perturbado ⁹⁶. Pelo que, o

relacionamento sexual, anteriormente associado a prazer, torna-se uma acção mecânica quase uma rotina, precisamente cronometrada ⁹³. A infertilidade parece interagir com a sexualidade do casal ou individual de duas formas, os problemas sexuais podem ser agravados pelo diagnóstico, investigação e tratamento da infertilidade ou podem ser eles a própria causa da infertilidade. Algumas mulheres pensam que o seu parceiro apenas as deseja quando existe possibilidade de concepção transformando a actividade sexual num autêntico campo de batalha de procura da concepção ⁹⁶.

Com o decorrer do tempo os dois elementos do casal sofrem mudanças extremas nas suas emoções que variam entre a confiança e esperança sentidas perante a possibilidade de se atingir uma gravidez, e a frustração e o desespero perante o insucesso depois de investido uma grande quantidade de dinheiro, tempo e energia ^{125, 128}.

Com o insucesso do tratamento, o casal infértil confronta-se com o sentimento de impotência e de repetição de uma falha, mas também com um intenso dilema, continuar com o tratamento médico de forma a poder realizar o seu desejo de parentalidade biológica ou não avançar mais, tendo que se percepcionar como um casal permanentemente incapaz de conceber uma criança ^{125, 128, 129}.

Todos estes dados apontam no sentido de que a problemática da infertilidade é significativamente mais exigente para a mulher, e que esta é percepcionada como a principal vítima dessa situação ¹³⁰.

O estudo de Lee e colaboradores ¹¹⁹ verificou que embora os casais de um modo geral estão satisfeitos com o seu relacionamento sexual, o tempo de infertilidade influencia a satisfação sexual, isto é a maior duração da infertilidade

está associada a níveis inferiores de satisfação sexual. Os resultados obtidos neste trabalho corroboram os resultados de Lee na medida em que a análise da influência da duração do tempo que a mulher permanece em tratamento da infertilidade no funcionamento sexual, satisfação sexual, auto-estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual indicou que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há menos de 2 anos e as que o iniciaram há mais de 2 anos. A decisão para proceder a esta análise com o *cutt-off* de 2 anos resultou do facto de que a maioria das mulheres iniciou o tratamento da infertilidade há menos de 2 anos (74,4%). Verificou-se que as mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há mais de 2 anos têm menos desejo sexual, satisfação sexual, menor auto-estima sexual e maior depressão sexual. Relativamente às dimensões excitação, lubrificação, orgasmo, dor, *FSFI* total e preocupação sexual não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados também poderão ser explicados pelo facto de que as mulheres que permanecem mais tempo em tratamento são as que habitualmente têm mais dificuldade em engravidar e mais insucesso associado. Berg¹³¹, refere que uma das sequelas do insucesso das técnicas de procriação medicamente assistida inclui o aumento da depressão, ansiedade, diminuição da auto-estima e stress conjugal.

12. CONCLUSÃO

Este trabalho cumpriu os objectivos a que se propôs, nomeadamente conhecer melhor o impacto da infertilidade no funcionamento sexual e satisfação sexual feminina. Contribui certamente para o aumento do conhecimento nesta área, acrescentando informação á escassez de dados que existe a nível nacional acerca do tema.

Os resultados obtidos de um modo geral estão de acordo com muitos dos trabalhos publicados nesta área. A análise dos resultados demonstrou que a infertilidade tem um impacto considerável no funcionamento e satisfação sexual feminina. As mulheres dos casais com infertilidade têm menores níveis de funcionamento sexual, (nomeadamente diminuição do desejo, excitação e lubrificação sexual) e níveis menos elevados de satisfação sexual. Têm menor auto-estima sexual, maior depressão sexual e maior preocupação sexual. Constatou-se que a duração da infertilidade influencia a preocupação sexual, as mulheres dos casais com maior duração de infertilidade (> 5 anos) têm maior preocupação sexual. As mulheres que iniciaram o tratamento da infertilidade há mais de 2 anos têm menos desejo, satisfação, menor auto-estima sexual e maior depressão sexual. Contrariamente a alguns estudos, não se verificou qualquer influencia da infertilidade em dimensões do funcionamento sexual como o orgasmo.

Este estudo tem limitações nomeadamente, a utilização de uma amostra de conveniência, que não é aleatória não permite generalizar os resultados obtidos, não sendo por isso representativo da população portuguesa. A aplicação de

questionários de auto-preenchimento também constitui uma limitação, uma vez que a veracidade da resposta não é passível de confirmação objectiva.

Por último, se o apoio psicológico e económico do casal infértil é consensual, os resultados obtidos alertam para a necessidade de se desenvolver estratégias de apoio sexual. Aos casais com infertilidade deverá ser dada a oportunidade de ter acesso a acompanhamento especializado na área da sexualidade, principalmente aqueles com maior tempo de infertilidade, uma vez que o longo percurso que têm à sua frente irá trazer inevitavelmente repercussões pessoais, profissionais, sociais, económicas, mas também sexuais.

..

13. Referências Bibliográficas

- 1 - Badinter E. Um Amor Conquistado. O Mito do Amor Materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira 1985.
- 2 - Stanton A, Danoff-Burg S. Selected issues in woman's reproductive health: Psychological perspectives. In A.L. Stanton & S.J. Gallant (Eds.), The Psychology of Women's Health 1996; 261-305.
- 3 - Wiederman M. Allgeier W. The measurement of sexual-esteem: Investigation of Snell and Papini's 1989 sexuality scale. Journal of Research in Personality 1993; 27: 88-102.
- 4 - Speroff L, Glass R, Kase N. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility 1999; Portland: Book News Inc.
- 5 - Kitzinger, S. Mães: Um Estudo Antropológico da Maternidade. Lisboa: Presença 1978; cap.5, 85-112.
- 6 - Dunkel-Schetter C, Lobel M. Psychological reactions to infertility. In A.L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), Infertility. Perspectives from Stress and Coping Research 1991; 29-57.
- 7 - Stanton A, Dunkel-Schetter C. Psychological adjustment to infertility: An overview of conceptual approaches. In A.L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.) Infertility: Perspectives From Stress and Coping Research 1991; 3-16.
- 8 - Hansell P, Thorn B, Prentice-Dunn S, Floyd D. The relationship of primary appraisals of infertility and other gynecological stressors o coping. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 1998; 5 (2) 133-145.

- 9 - Dhillon R, Cumming DC . Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertil Steril* 2000; 74(4) 702-406.
- 10 - Le Breton D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus 2003.
- 11 - Martins A. Filhos de um Deus menor, vitórias da ciência sobre a infertilidade. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa* 2005; Série III, 10 (4): 233-246.
- 12 - Ende J, Rockwell S, Glasgow M. The sexual history in general medicine practice. *Arch Intern Med* 1984; 144:558.
- 13 - Masters W, Johnson B, Kolodny R. *Sex and Human Loving*. Little, Brown and Company 1986; Boston.
- 14 - Masters W, Johnson VE. *Human Sexual Response* Little, Brown and Company, 1966; Boston.
- 15 - Reich W. *Die function des orgasmus: psicopatologie et sociologie de la vie sexuelle*. Viena: Editions de Nouveau Monde 1984.
- 16 - Abdo C. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 2a.ed. São Paulo: Lemos 2000; 31-32.
- 17 - Verit FF, Yeni E, Kafali H. Progress in female sexual dysfunction. *Urol Int* 2006; 76(1):1-10.
- 18 - Levine S. Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2002; 28: 39-51.
- 19 - Levine, S. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior* 2003; 32: 279-285.
- 20 – Luria M, Hochner-Celnikier D, Mock M. Female sexual dysfunction: classification, epidemiology, diagnosis and treatment. *Harefuah* 2004; 143(11):804-10.

- 21 - Hutchinson KA. Androgens and sexuality. Am J Med 1995; 98:111S.
- 22 - Arcos B. Female sexual function and response. J Am Osteopath Assoc v 2004;104. 1:16-20.
- 23 - Bancroft J. Human sexuality and it's problems. London: Churchill Livingstone 1989.
- 24 - Diamond M, Karlen A. The sexual response cycle. In: Sexual Problems in Medical Practice. American Medical Association 1981;37.
- 25 - Lawrance K, Byers ES. Interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire. En: Davis CM, Yarber WL, Bauserman R, Schreer G, Davis SI, editors. Handbook of sexuality- related measures. Thousand Oaks, CA: Sage 1998; 514-9.
- 26 - Sprecher S, Cate RM. Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. En: Harvey JH, Wenzel A, Sprecher S, editors. The handbook of sexuality in close relationships. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates 2004; 235-56.
- 27 - Byers S, Demmons S. Sexual satisfaction and sexual self-disclosure within dating relationships. The Journal of Sex Research 1999; 36(2):180-189.
- 28 - DeLamater J. Emotions and sexuality. In Sexuality in close relationships. K. McKinney & S. Sprecher 1991; 49-70.
- 29 – Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. The social organization of sexuality: sexual practices in the United States. Chicago: University of Chicago Press 1994.
- 30 – Trussell J, Westoff CF. Contraceptive practice and trends in coital frequency. Family Planning Perspectives 1980;12:246-9.

- 31 - Singh D, Meyer W, Zambarano R, Hurlbert D. Frequency and timing of coital orgasm in women desirous of becoming pregnant. *Arch Sex Behav* 1998;27:15-29.
- 32 - Carvalheira A, Leal I. Os determinantes da satisfação sexual feminina: um estudo português *Rev Int Androl* 2008; 6(1):3-7.
33. Kaplan H. A nova terapia do sexo. 6a ed. São Paulo: Nova Fronteira 1974.
34. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 3a. ed. São Paulo: Manole 1989.
35. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). São Paulo: Edusp 1994.
36. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(1):51-65.
- 37 - McQuillan J, Torres Stone R, Greil A. Infertility and life satisfaction among women. *J Fam* 2007; 28(7): 955-81.
- 38 - Wurn L et al. Increasing orgasm and decreasing dyspareunia by a manual physical therapy technique. *Med Gen Med* 2004; 6:47.
- 39 - Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *N Engl J Med* 1978; 299:111.
40. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatric Rep* 2000; 3(2):189-95.
41. Pauls R, Kleeman S, Karram M. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60(3):196-205.
- 42 - Pauly I, Goldstein S. Prevalence of significant sexual problems in medical practice. *Med Aspects Hum Sex* 1979; 48.
43. Halvorsen JG, Metz ME. Sexual dysfunction, Part II: diagnosis, management, and prognosis. *J Am Board Fam Pract* 1992; 5(2):177-92.

44. Perelman M. A new combination treatment for premature ejaculation: a sex therapist's perspective. *J Sex Med* 2006; 3(6):1004-12.
45. Halvorsen JG, Metz ME. Sexual dysfunction, Part I: classification, etiology, and pathogenesis. *J Am Board Fam Pract* 1992; 5(1):51-61.
46. Hartmann U, Heiser K, Ruffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol* 2002; 20(2):79-88.
47. Phillips N. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 2000; 62(1):127-36, 41-2.
48. Marthol H, Hilz M. Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004; 72(3):121-35.
49. Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2004; 1(1):24-34.
50. Amato P. Categories of female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006; 33(4):527-34.
51. Fourcroy J. Customs, culture, and tradition: what role do they play in a woman's sexuality? *J Sex Med* 2006; 3(6):954-9.
- 52 - Levine S, Rosenthal M. Marital sexual dysfunction: female dysfunctions. *Ann Intern Med* 1977; 86:588.
- 53 - Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, et al. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005; 105:944.

- 54 - Braunstein GD, Sundwall DA, Katz M, et al. Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 2005; 165:1582.
- 55 - Ko D, Hebert P, Coffey C, et al. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA* 2002; 288:351.
- 56 - Grimm RH Jr, Grandits GA, Prineas RJ, et al. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. *Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS)*. *Hypertension* 1997; 29:8.
- 57 - Herman J, Brotman A, Pollack M, et al. Fluoxetine-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:25.
58. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions. *J Sex Med* 2007; 4(1): 241-50.
59. Golden J. Psychiatric aspects of male sexual dysfunction. *Postgrad Med* 1983; 74(4):221-9.
- 60 – American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações Mentais. 4 ed., revisão de texto 2002; Lisboa: Climepsi Editores.
61. Holmes M, Letourneau E, Vermillion S. A Psychiatrist's guide to sexual dysfunction in woman. *Med Update Psychiat* 1998; 3(8):105-12.
62. Abdo C, Fleury H. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiqu Clin* 2006; 33(3):162-67.
63. Buffat J. Investigation of sexual disorders. *Rev Med Suisse* 2006; 2(58):798-801.
- 64 - Rodrigues P, Limback D. Oogenesis : Prospects and challenges for the future. *J Cell Physiology*. 2008;216(2):355-65.

- 65 - Guyton A, Hall J, Textbook of Medical Physiology. Philadelphia: Saunders, 10 th edition 2000; 1017-1046.
- 66 - Santos T. Fisiologia do ovário e da Fecundação, Em: Oliveira CF. Manual de Ginecologia 2009; 1: 39-56.
- 67 - Faddy M. Follicle dynamics during ovarian ageing. Mol Cell Endocrinol 2000;163(1-2):43-8.
- 68 – Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. Fertil Steril 2008; 89:1603.
- 69 - Guttmacher, AF. Factors affecting normal expectancy of conception. J Am Med Assoc 1956; 161:855.
- 70 – Destaque, Informação á Comunicação Social, Instituto nacional de estatística, 29 de Dezembro de 2009.
- 71 - Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999; 281:537.
- 72 – Gray, RH. Epidemiology of infertility. Curr Opin Obstet Gynecol 1990; 2:154.
- 73 – Templeton A, Fraser C, Thompson, B. Infertility--epidemiology and referral practice. Hum Reprod 1991; 6:1391.
- 74 – Aral S, Cates Jr. The increasing concern with infertility. Why now?. JAMA 1983; 250:2327.
- 75 – Cramer DW, Walker AM, Schiff I. Statistical methods in evaluating the outcome of infertility therapy. Fert Steril 1979; 32:80.
- 76 – Menen J, Trussel J, Larsen U. Age and Infertility. Science 1986; 23:1389.
- 77 – Van Noord-Zaadstra e tal. Delaying childbearing: Effect of Age on Fecundity and Outcome of Pregnancy. Br Med J 1991; 302:1361.

- 78 – Stovall DW e tal. The effect og age and female fecundity. *Obstet Gynecol* 1991;77:33.
- 79 – Velde Te, Beets G. Are subfertility and infertility on the increase? *TFO* 1992;6:5.
- 80 - Abbey A, Halman L, Andrews F. Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil Steril* 1992; 57(1): 122-8.
- 81 – Anderson N, Gianaroli L. Assisted reproductive technologie in Europe, 2000. Results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprd* 2004;19:490-503.
- 82 – Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. *N Engl J Med* 1995; 333:1517.
- 83 – Haney AF. Ontrolled Ovarian Hyperestimulation and Intrauterine insemination. Em: Keye Jr WR, Chang RJ, Rebar RW eds. *Infertility: Evaluation and Treatment*. Cap.50. WB Sanders Company 1995; p.745.
- 84 – Avery S. Laboratory Techniques: Sperm Preparation for assisted conception. Em: *In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction*. Cap.13. Parthenon Publishing 1999; 203.
- 85 – Baker G et al. Sperm Preparation Techniques. Em: *Assisted Reproductive Tecniques*. Cap.6. Dunitz 2001; p.77.
- 86 – Anderson N, Goossens V, et al. Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod* 2009;1(1):1-21.
- 87 – Barns F. Equipment and general technical aspects of micromanipulation of gametes and embryos. Em: *Assisted Reproductive Techniques*. Cap.10. Dunitz 2001; 139-144.

- 88 – Virro MR et al. Pregnancy outcome in 242 conceptions after artificial insemination with donor sperm, and effects of maternal age on the prognosis for successful pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1984;148:518.
- 89 – Schenfield F et al. Effects of age gravidity and male infertility status on cumulatice conception rates following artificial insemination with cryopreserved donor semen; analysis of 2998 cycles of treatment in one center over 10 years. *Hum reprod* 1993;8:60.
- 90 – Piette C, De Mouzon J, Bachelot A, Spira A. In-Vitro Fertilization: Influence of womens age on pregnancy rates. *Hum reprod* 1990;5:56.
- 91 – Yaron Y e tal. Endometrial receptivity:the age related decline in pregnancy rates and the effect of ovarian function. *Fert steril* 1993;60:314.
- 92 - Freeman E, Boxer A, Richels K, Tureck R, Mastroianni L. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1985; 43:48.
- 93 - Dennerstein L, and Morse C. Psychological issues in IVF”. *Clin Obstet Gynecol* 1985;12: 835–846.
- 94 - Burns L. Infertility as boundary ambiguity: one theorical perspective. *Family Process* 1987; 26: 359-372.
- 95 - Peterson B, Newton C, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril* 2007; 88(4): 911-4.
- 96 - Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1997; 45(11): 1679-704.
- 97 - Keye W, Chang R, Rebar R, Soules M. Infertility: evaluation and treatment. Philadelphia: W. B. Saunders Company 1995; 922.
- 98 - Ree S. Medical and psychological aspects of infertility and assisted reproductive technology for the primary care provider. *Military Medicine* 2001; 166: 1018-1022.

- 99 – Bryan E, Higgins R. A Criança Esquiva: infertilidade. Coimbra 2001 Quarteto.
- 100 - Abbey A, Andrews F, Halman L. Provision and receipt of social support and disregard: what is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples?. J Personality Soc Psychol 1995; 68: 455–469.
- 101 - Apfel R, Keylor R. Psychoanalysis and Infertility: myths and realities. Internacional Journal of Psycho-Analysis 2002;3: 85-104.
- 102 - Pechorro P. Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas. Tese de Mestrado 2006; ISPA, Lisboa.
- 103 - Castro R, Lima L. Insucesso e selecção social na disciplina de português: O(s) discurso(s) dos professores – uma abordagem interdisciplinar. Psicologia 1987; 5: 299-310.
- 104 - Adashi E et al. Public perception on infertility and its treatment: An international survey. Hum Reprod 2000; 15:330-334.
- 105 - Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. BMJ 2004; 329:559-61.
- 106 - Repokari et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. Hum. Reprod 2007; 22 (5): 1481-1491.
- 107 - Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. Hum Reprod. 2001; 16(8):1753-61.
- 108 - Nene U, K Coyaji, Apte H. Infertility: A label of choice in the case of sexually dysfunctional couples. Patient Edu Couns 2005; 59:234-8.

- 109 - Leiblum S. Love, sex, and infertility: The impact of infertility on couples. In S. R. Leiblum (Ed.), *Infertility: Psychological issues and counseling strategies* New York: John Willey & Sons 1997; 149-166.
- 110 – Leiblum S, Aviv A, Hamer R. Life after infertility treatment: A long-term investigation of marital and sexual functioning. *Human Reproduction* 1998; 13: 3569-3574.
- 111 - Abbasalizadeh e al. Correlation of Infertility and Sexual Dysfunction. *Res J Biol Sci* 2008; 3(1):52-56.
- 112 – Hurwitz S. Sexual dysfunction associated with infertility. A comparasion of sexual function during yhe fertile and the non-fertile phase of the menstrual cycle. *Afr Med J* 1989; 76(2):58-61.
- 113 - Taylor A. ABC of Subfertility:Extent of the problem. *BMJ* 2003; 327:434-436.
- 114 - Jain K. e tal. Infertility and psychosexual disorders: Relationship in infertile couples. *Indian J. Med. Sci.* 2000;54:1-7.
- 115 – Jindal U, Dhall G. Psychosexual problems of infertile women in India. *Int J Fert* 1990; 35:222-225.
- 116 – Milheiser L, Helmer A, Lathi R. Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction ? A case-control study. *Fertil Steril* 2010; 94(6):2022-5.
- 117 - Wright J, Duchesne C, and Sabourin S. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil Steril* 1991; 55 100–108.
- 118 - Oddens BJ et al. Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Hum Reprod* 1999; 14: 255-261.
- 119 - Lee T, Sun G, Chão S. The effect of na infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Tawin. *Hum Reprod* 2001; 16(8):1762-1767.

- 120 - Manoj Monga et al. Impact of infertility on Quality of Life, Marital Adjustment, and Sexual Function. *Urology* 2004; 63 (1): 126-130.
- 121 - Gülcan et al. The Effects of Infertility on Sexual Functions and Dyadic Adjustment in Couples that Present for Infertility Treatment. *Turkish Journal of Psychiatry* 2011; 1-10.
- 122 - Andrews F, Abbey A, Halman L. Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior* 1991; 32: 238-253.
- 123 - Balen V, Kemper T. Factors influencing the well-being of long-term infertile couples. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994;15:157–164.
- 124 - Schaffer J. Diamond R. Infertility: Private pain and secret stigma. In E. Imber-Black (Ed.), *Secrets in families and family therapy* 1993;106-120.
- 125 - Cudmore L. Becoming parents in the context of loss. *Sexual and Relationship Therapy* 2005; 20: 299-308.
- 126 - Daniluk JC. Reconstructing their lives: a longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *J Counsel Development* 2001; 79(4): 439-49.
- 127 - Cooper-Hilbert B. Helping couples through the crisis of infertility. *Clinical update: The American Association for Marriage and Family Therapy* 2001; 3: 1-6.
- 128 - Atwood J, Dobkin S. Storm clouds are coming: Ways to help couples reconstruct the crisis of infertility. *Contemporary Family Therapy* 1992; 14: 385-403.
- 129 - Butler R. Koraleski S. Infertility: A crisis with no resolution. *Journal of Mental Health Counseling* 1990; 12:151-163.

- 130 - Forrest, L, Gilbert M. Infertility: An unanticipated and prolonged life crisis. Journal of Mental Health Counseling 1992; 14: 42-58.
- 131 - Berg B, Wilson F. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. J Behav Med 1991; 14:11-26.

14. ANEXOS

1. Documentos


Documento nº 1. Declaração do orientador da Tese de Mestrado

Declaração

Para os devidos efeitos declaro que aceito orientar a dissertação intitulada: Impacto da Infertilidade no Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina, do licenciado Pedro João Casado Conde, referente ao Curso de Mestrado em Sexualidade Humana 2ª edição, organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Lisboa, 7 de Setembro de 2009

Orientador,



(Prof. Doutor Miguel Oliveira ~~S~~ Silva)

da

Documento nº 2. Autorização das instituições para aplicação dos questionários.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Centro de Bioética e Ética Clínica

MAC
Conselho de Administração
Reunião de: 12 Maio 2010
Ponto nº: 8

PARECER N.º 04/10/CES

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da MAC, em reunião a 05/05/2010, analisou o pedido de autorização para a realização do estudo "*Impacto da Infertilidade no Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina*" do DR. PEDRO JOÃO CASADO CONDE, no âmbito da Tese de Mestrado em Sexualidade Humana (2.ª Edição), da Faculdade de Medicina da Univ. de Lisboa.

Os documentos analisados foram os seguintes:

1. Pedido de autorização ao Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.
2. Autorização da Directora do Serviço de Ginecologia Dr.ª Ângela Farelo e do Professor Doutor Alberto Romeu, Coordenador da Unidade de Medicina da Reprodução da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.
3. Declaração do orientador da Tese de Mestrado Professor Doutor Miguel Oliveira da Silva e carta de aceitação do Projecto de Tese, do Professor Doutor Lucindo Ormonde.
4. Desenho do Estudo.
5. Questionário Sócio-Demográfico.
6. Escala de Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI); Escala de Medida Global de Satisfação Sexual (GMSEX); Escala de Sexualidade (SS) e autorização de alguns autores.
7. Folha de Informação à Doente.
8. Declaração de Consentimento Informado.

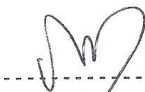
O pedido de autorização para a investigação supracitada deu entrada na CES a 19 de Abril de 2010 e posteriormente alguns documentos reformulados (6, 7, 8).

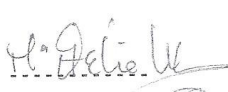
A CES reuniu a 05/05/2010, no Centro de Bioética e Ética Clínica da MAC, para análise e emissão de parecer.

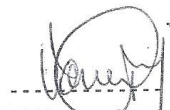
A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da MAC dá o seu **parecer favorável** à realização do estudo na Unidade de Medicina da Reprodução e na Consulta de Planeamento Familiar, do Serviço de Ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, devendo o investigador Dr. Pedro João Casado Conde garantir que **não será possível associar** a assinatura da participante no Consentimento Informado aos dados pessoais do Caderno de Recolha de Dados (CRF).

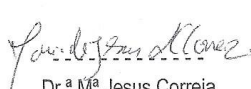
Lisboa, 05 de Maio de 2010

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE


Dr.ª Regina Corado
(Presidente e relatora)


Enf.ª Ofélia Lopes
(Vogal)


Dr.ª Vanessa Correia
(Vogal)


Dr.ª M.ª Jesus Correia
(Vogal)


Dr.ª Rosário Marques
(Vogal)

ACTA Nº 19/10

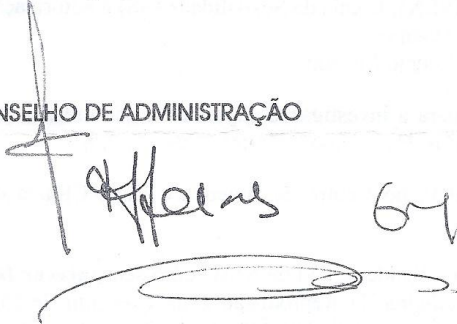
12.05.10

17 Horas

8. PARECER Nº 04/10/CES:

Na sequência do parecer favorável da CES da MAC, o CA autoriza - com as ressalvas assinaladas - a realização do estudo "*Impacto da Infertilidade no Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina*" a desenvolver pelo Interno do Internato Complementar de Ginecologia/Obstetrícia, Dr. **Pedro João Casado Conde**, no âmbito de Tese de Mestrado em Sexualidade Humana (FMUL). C/c à CES, Director do Serviço de Ginecologia, Director da UMR e interessado.

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Documento nº 3. Autorização das instituições para aplicação dos questionários.

Ex.mo.
Director Clínico

Pedro João Casado Conde, interno da especialidade de Ginecologia e Obstétrica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, portador do B.I. nº 11204026, emitido em 02 de Agosto de 2004, pelo arquivo de identificação de Lisboa, actualmente aluno de mestrado em Sexualidade Humana, vem por este meio solicitar autorização para aplicar um questionário sobre atitudes e funcionamento sexuais às utentes da sua clínica.

O trabalho tem como objectivo principal estudar o impacto da infertilidade no funcionamento sexual feminino.

O questionário deverá ser preenchido de forma voluntária e anónima e terá um tempo de resposta de aproximadamente 10 minutos.

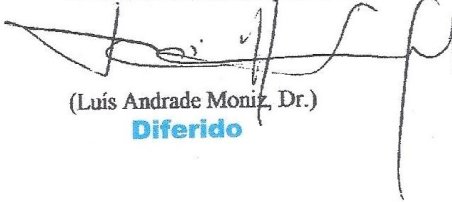
Junto anexo uma cópia do questionário.

Os melhores cumprimentos,

Lisboa, 16 Julho de 2009


Dr. Pedro Conde

Com os melhores cumprimentos


(Luís Andrade Moniz, Dr.)

Diferido

Documento nº 4. Autorização de utilização da escala – FSFI – validada para a população portuguesa.

PedroJConde


De: Pedro Santos Pechorro [pedro.s.pechorro@dgrs.mj.pt] **Enviada:** ter 04-08-2009 10:12
Para: PedroJConde
Cc: ruivie2@gmail.com
Assunto: FSFI
Anexos:

Em resposta ao pedido do Dr. Pedro Conde, venho por este meio autorizá-lo a utilizar a validação portuguesa do Female Sexual Function Index na sua tese no âmbito do Mestrado em Sexualidade Humana da Faculdade de Medicina.


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DIRECÇÃO-GERAL DE REINserção SOCIAL
213 176 104 - 213 176 171
pedro.s.pechorro@dgrs.mj.pt - www.reinsercaosocial.mj.pt

Pedro Pechorro
Técnico Superior
Direcção de Serviços de Estudos e Planeamento
Serviços Centrais
Av. Almirante Reis, nº 101 - 1150-013 Lisboa

Documento nº 5. Autorização de utilização da escala – GMSEX.

 Os anexos podem conter vírus que poderão danificar o computador. Os anexos poderão não ser apresentados correctamente.

PedroJConde

De: Sandra Byers [byers@unb.ca]

Enviada: sáb 08-05-2010 22:07

Para: PedroJConde

Cc:

Assunto: RE: E-mail 1

Anexos:  [Byers 1999.pdf\(12MB\)](#)  [Byers and Demmons 1999.pdf\(1MB\)](#)  [Byers and MacNeil 2006.pdf\(123KB\)](#)

I believe she's at the European Congress of Sexology.

You have my permission to use the Global Measure of Sexual Satisfaction in your Masters thesis.

I have attached a number of my publications on sexual satisfaction including the two you asked for. Good luck in your research.

E. Sandra Byers, Ph.D., L. Psych.

Professor & Chair

Department of Psychology

University of New Brunswick

Fredericton, N.B. E3B 5 A3

Telephone: 506-458-7697 or 506-458-7803

Fax: 506-447-3063

<http://www.unbf.ca/arts/psychology/faculty/s-byers.html>

Documento nº 6. Autorização de utilização da escala – SS.

PedroJConde

De: Dr. Bill Snell [wesnell@semo.edu]
Para: PedroJConde
Cc: wesnell@semo.edu
Assunto: RE: SS - From: PedroJConde [mailto:PedroJConde@netcabo.pt]
Anexos:

Enviada: ter 11-05-2010 19:51

Dear Pedro,

You have permission to use the SS, as well as the shorten version (since I am the author of the items/instructions).
Good luck.

Best wishes,

Bill Snell

William E. Snell, Jr., Ph.D.

Department of Psychology--MS5700

SE Missouri State University

One University Plaza

Cape Girardeau, Missouri 63701

573.651.2447

wesnell@semo.edu

Documento nº 7. Esclarecimento - informação facultada por escrito às participantes no estudo.

Folha de Informação

Título: Impacto da infertilidade no funcionamento e satisfação sexual feminina

Introdução

O seu médico está a convidá-la a participar neste estudo observacional (significa que será recolhida informação sobre o seu estado de saúde e tratamentos efectuados, sem que o seu tratamento e cuidados médicos sejam modificados pelo facto de participar neste estudo). O seu médico continuará a tomar as decisões no que respeita ao seu tratamento e cuidados adequados. Antes de decidir se quer ou não participar no estudo, é importante que compreenda porque está a ser efectuada esta investigação e o que irá envolver.

Por favor, leia cuidadosamente a seguinte informação.

Não hesite em contactar o seu médico em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informações.

Qual o objectivo do estudo?

- Avaliar se a infertilidade condiciona alterações no funcionamento sexual feminino e satisfação sexual.

Porque fui escolhida para participar neste estudo?

Este estudo irá envolver aproximadamente 100 mulheres de casais com infertilidade (grupo de caso) e 100 mulheres de casais sem diagnóstico de infertilidade (grupo de controlo). As mulheres que preencherem os critérios de inclusão, serão convidadas a participar neste estudo.

A senhora preenche os requisitos para participar neste estudo, que são, para além dos anteriores mencionados:

- Tenho mais de 18 anos, menos de 38 anos; escolaridade mínima - 4º ano, sou sexualmente activa e tive relações sexuais nas últimas 4 semanas.

Será que tenho de participar?

A sua participação neste estudo é voluntária. Pode decidir participar ou não neste estudo. Se decidir participar, ser-lhe-á entregue esta informação para guardar e ser-lhe-á pedido que assine o Consentimento Informado. Se decidir participar, pode desistir a qualquer altura sem ter que dar qualquer justificação. A decisão de desistir a qualquer altura ou a decisão de não participar, não irá afectar a qualidade dos cuidados médicos que está a receber. Irá receber o mesmo tratamento e cuidados médicos, independentemente de participar ou não no estudo. A sua participação no estudo não será remunerada.

O que me irá acontecer se participar?

Este estudo apenas consiste na colheita de informação através da aplicação de questionário. Ser-lhe-á pedido que preencha um questionário. Se desejar o seu médico pode mostrar-lhe o

questionário antes de decidir se quer participar no estudo, que não deve levar mais de 10 minutos a preencher.

A minha participação no estudo será mantida confidencial?

Os dados obtidos do estudo, que não a identificam individualmente, serão entregues ao investigador principal e serão guardadas e processadas num computador. Para verificar se o estudo está a ser conduzido correctamente e/ou para verificar os dados fornecidos, a Comissão de Ética, poderá analisar os dados.

Ao assinar o Consentimento Informado, está autorizar o armazenamento de informação, a transferência e publicação de dados, conforme descrito nesta informação ao doente. A informação obtida não será utilizada para quaisquer outros fins.

O que irá acontecer aos resultados do estudo?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados sob a forma de tese de mestrado e em revistas médicas. Quando tal acontecer o seu médico estará disponível para a informar como pode ter acesso a estas publicações. Você não será identificada em nenhuma publicação ou relatório.

Quem é que organiza e financia a investigação?

O próprio investigador

Quem se encontra disponível para prestar mais informações?

Se tiver alguma dúvida ou pergunta adicional relativa a este estudo, é favor contactar:

Dr. Pedro Conde
Número de telefone: 91 498 49 34

Agradecemos o tempo que despendeu a ler esta Informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado. Ser-lhe-á entregue uma cópia desta informação e do seu Consentimento Informado assinado, que deverá guardar.

Documento nº 8. Declaração de Consentimento Informado.

Declaração de Consentimento Informado

Título: Impacto da infertilidade no funcionamento e satisfação sexual feminina

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, me foram prestadas todas as informações relacionadas com os objectivos e os métodos do estudo e que todas as minhas questões e dúvidas foram esclarecidas. Além disso, fui informada que tenho o direito de recusar a minha participação neste estudo, ou desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo dos cuidados de saúde que me são prestados.

Fui informada de que os dados colhidos permanecerão confidenciais e de que este questionário é totalmente anónimo.

Assim, aceito participar de livre e espontânea vontade e autorizo a recolha dos meus dados para um caderno de recolha de dados, específico do estudo.

Recebi uma cópia deste Consentimento Informado que irei guardar.

Assinaturas:

Nome do participante

Assinatura do Participante

Data:

Nome do médico

Assinatura do Médico

Data:

2. Questionários

2.1. Questionário Demográfico – Grupo Caso

1. Idade: _____ anos
2. Etnia ou raça
 - ☐ Branca
 - ☐ Negra
 - ☐ Outra.
Qual? _____
 - ☐ Não respondo
3. Escolaridade
 - ☐ 4ª classe
 - ☐ 6º ano
 - ☐ 9º ano
 - ☐ 12º ano
 - ☐ Bacharelato ou Licenciatura
4. Qual é a sua profissão?

5. Estado Civil Actual
 - ☐ Solteira
 - ☐ Junta/União de facto
 - ☐ Casada
 - ☐ Separada
 - ☐ Divorciada
 - ☐ Viúva
6. Idade do companheiro/marido _____ anos.

7. Número de anos que vivem juntos como casal _____ anos.
8. Número de filhos biológicos vivos (seus filhos) _____ filhos.
9. Religião
 - ☐ Católica
Praticante ☐
Não Praticante ☐
 - ☐ Protestante
 - ☐ Outra. Qual? _____
 - ☐ Nenhuma (ateia, agnóstica)
 - ☐ Não respondo
10. Estou numa consulta de infertilidade por:
 - ☐ Infertilidade Primária (nunca consegui engravidar)
 - ☐ Infertilidade Secundária (já engravidei, actualmente não consigo)
11. Número de anos de infertilidade (até ao momento actual) _____ anos.
12. Causa da Infertilidade (faça um circulo na opção escolhida)
 - a. Mulher (factor feminino)
 - b. Homem (factor masculino)
 - c. Misto (factor feminino + masculino)

- d. Desconhecida (inexplicada)
- e. Ainda não se sabe (estamos em estudo)

13. Tratamento da Infertilidade (faça um círculo na opção escolhida).

- a. Ainda não realizei qualquer tratamento para a infertilidade
- b. Já realizei tratamento para a infertilidade. Iniciei o tratamento há _____ anos

Consistiu em:

- ☐ Provocar a ovulação com comprimidos
- ☐ Inseminação artificial
- ☐ FIV/Transferência de embriões

14. Número de anos de espera para tratamento (contar o número de anos a partir da 1ª consulta na instituição).

☐ < 1 ano

☐ > 1 ano. Se sim nº
anos _____

15. Diariamente tomo os seguintes medicamentos (se não souber o nome refira porque os toma ex: tomo comprimidos para a hipertensão, para o colesterol alto...)

16. Nas últimas 4 semanas o meu médico:

Não me impediu de ter relações sexuais ☐

Impediu-me de ter relações sexuais ☐

17. Acha que a sua vida sexual se modificou a partir do momento em que lhe foi diagnosticado infertilidade ?

☐ sim

☐ não

2.2. Questionário Demográfico – Grupo Controlo

1. Idade: _____ anos
2. Etnia ou raça
 - ☐ Branca
 - ☐ Negra
 - ☐ Outra.
Qual? _____
 - ☐ Não respondo
3. Escolaridade
 - a. 4ª classe
 - b. 6º ano
 - c. 9º ano
 - d. 12º ano
 - e. Bacharelato ou Licenciatura
4. Qual é a sua profissão?

5. Estado Civil Actual
 - a. Solteira
 - b. Junta/União de facto
 - c. Casada
 - d. Separada
 - e. Divorciada
 - f. Viúva
6. Idade do companheiro/marido _____ anos.
7. Número de anos que vivem juntos como casal _____ anos.

8. Número de filhos biológicos vivos
(seus filhos) _____ filhos.

9. Religião

- ☐ Católica
 - Praticante ☐
 - Não Praticante ☐
- ☐ Protestante
- ☐ Outra. Qual? _____
- ☐ Nenhuma (ateia, agnóstica)
- ☐ Não respondo

10. Diariamente tomo os seguintes medicamentos (se não souber o nome refira porque os toma ex: tomo comprimidos para a hipertensão, para o colesterol alto...)

11. Nas últimas 4 semanas o meu médico não me impediu de ter relações sexuais ☐

Nas últimas 4 semanas o meu médico impediu-me de ter relações sexuais ☐

3. Definição de Posições Sociais

Quadro de Posições Sociais

Posição Social I – Classe Superior

- . Profissões liberais – médico; advogado; engenheiro; arquitecto
- . Grande industrial ou grande comerciante
- . Altos funcionários – magistrados judiciais
- . Altos funcionários administrativos – directores gerais, directores de serviços, gerentes bancários
- . Gestores de empresas
- . Professores universitários
- . Militares de alta patente

Posição Social II – Classe Média mais instruída

- . Professores não universitários e educadores de infância
- . Médios comerciantes e industriais
- . Funcionários médios – quadros técnicos
- . Empregados bancários, seguros, etc.
- . Empregados de escritório com, pelos menos, o 9º ano (antigo 5º ano dos liceus)
- . Solicitador/enfermeira/assistente social
- . Técnicos

Posição Social III – Classe Média menos instruída

- . Pequenos comerciantes e industriais
- . Caixeiros viajantes
- . Funcionários médios – quadros administrativos (1º oficial, etc.)
- . Empregados de escritório sem o 9º ano (antigo 5º ano dos liceus)
- . Agentes da PSP e de forças militarizadas
- . Sargento
- . Cabelleiro/a
- . Capatazes e encarregados de obras

3. Definição de Posições Sociais (cont.)

Posição Social IV – Estrato Operário e Rural (trabalhadores manuais)

- . Operários
- . Trabalhadores rurais
- . Funcionários auxiliares (pessoal de limpeza, contínuos, porteiros, motoristas, varredores, etc.)
- . Vendedores ambulantes e feirantes

4. Escalas de Auto-Resposta

4.1. FSFI

INSTRUÇÕES: Estas questões perguntam sobre os seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas. Por favor responda às seguintes questões tão honestamente claramente quanto possível. As suas respostas serão mantidas completamente confidenciais. Ao responder a estas questões as seguintes definições aplicam-se:

Actividade sexual pode incluir: carícias, preliminares, masturbação e relação sexual.

Relação sexual: é definida como a penetração (entrada) do pénis na vagina.

Estimulação sexual: inclui situações como preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação), ou fantasia sexual.

ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA (UM QUADRADO) POR QUESTÃO.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva à iniciativa sexual de um parceiro e pensar ou fantasiar acerca de ter sexo.

1. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sentimentos de calor ou comichão nos genitais, lubrificação (“ficar molhada”), ou contracções musculares.

3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

5. Nas últimas 4 semanas, qual a sua confiança em conseguir ficar sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Confiança muito elevada
- ☐ Confiança elevada
- ☐ Confiança moderada
- ☐ Confiança baixa
- ☐ Confiança muito baixa ou nenhuma

6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante a actividade sexual ou relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a actividade sexual ou a relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da actividade sexual ou da relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da actividade sexual ou da relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a dificuldade que teve em atingir o orgasmo (clímax)?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a actividade sexual ou a relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Muito satisfeita

- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

16. Na últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relações sexuais
- ☐ Quase sempre ou sempre

- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relações sexuais
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relações sexuais
- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

4.2. GMSEX

Este questionário foi projectado para medir o grau de satisfação que você tem no seu relacionamento sexual com o seu companheiro. Não é um teste, logo não existem respostas certas ou erradas. Responda a cada item de forma tão cuidadosa e precisa quanto puder.

Globalmente, como descreveria o seu relacionamento sexual com o seu parceiro? Para cada linha faça um círculo no número que melhor descreva o seu relacionamento sexual.

Muito bom							Muito mau
7	6	5	4	3	2	1	
Muito agradável							Muito desagradável
7	6	5	4	3	2	1	
Muito positivo							Muito negativo
7	6	5	4	3	2	1	
Muito satisfatório							Muito insatisfatório
7	6	5	4	3	2	1	
Muito valioso							Sem Valor
7	6	5	4	3	2	1	

4.3. SS

INSTRUÇÕES: as declarações listadas abaixo descrevem diferentes atitudes em relação à sexualidade humana. Como tal, não existem repostas certas ou erradas, apenas respostas pessoais. Para cada item ser-lhe-á pedido que indique o quanto concorda ou discorda da declaração.

Utilize a seguinte escala para responder:

- A – Concordo
- B – Concordo ligeiramente
- C – Não concordo nem discordo
- D – Discordo ligeiramente
- E – Discordo

- 1 – Sou uma boa parceira sexual _____
- 2 – Estou deprimida com os aspectos sexuais da minha vida _____
- 3 – Penso todo o tempo em sexo _____
- 4 – Classificaria de um modo muito elevado o meu desempenho sexual _____
- 5 – Sinto-me bem com a minha sexualidade _____
- 6 – Penso mais em sexo do em tudo o resto _____
- 7 – Estou desapontada com a qualidade da minha vida sexual _____
- 8 – Tenho tendência para ficar preocupada no que se refere a sexo _____
- 9 – Estou constantemente a pensar em ter sexo _____
- 10 – Considero-me uma parceira sexual muito boa _____
- 11 – Sinto-me em baixo, no que diz respeito à minha vida sexual _____
- 12 – Penso em sexo uma grande parte do tempo _____
- 13 – Enquanto parceira sexual atribuir-me-ia uma classificação baixa _____
- 14 – Sinto-me confiante enquanto parceira sexual _____
- 15 – Sinto-me satisfeita com a minha vida sexual _____

5. Outputs da Estatística Descritiva

Frequencies Frequency Table

Tipo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid A_fert	101	48,6	48,6	48,6
B_Inf	107	51,4	51,4	100,0
Total	208	100,0	100,0	

Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18	1	,5	,5	,5
19	1	,5	,5	1,0
21	3	1,4	1,4	2,4
22	5	2,4	2,4	4,8
23	6	2,9	2,9	7,7
24	5	2,4	2,4	10,1
25	4	1,9	1,9	12,0
26	7	3,4	3,4	15,4
27	11	5,3	5,3	20,7
28	10	4,8	4,8	25,5
29	11	5,3	5,3	30,8
30	13	6,3	6,3	37,0
31	13	6,3	6,3	43,3
32	15	7,2	7,2	50,5
33	18	8,7	8,7	59,1
34	13	6,3	6,3	65,4
35	22	10,6	10,6	76,0
36	15	7,2	7,2	83,2
37	16	7,7	7,7	90,9
38	19	9,1	9,1	100,0
Total	208	100,0	100,0	

Etnia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Branca	187	89,9	89,9	89,9
Negra	19	9,1	9,1	99,0
Outra	2	1,0	1,0	100,0
Total	208	100,0	100,0	

Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4_classe	2	1,0	1,0	1,0
	6_ano	7	3,4	3,4	4,3
	9_ano	30	14,4	14,4	18,8
	12_ano	82	39,4	39,4	58,2
	Bacha_Lic	87	41,8	41,8	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Classe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Superior	21	10,1	10,1	10,1
	Média mais instruída	94	45,2	45,2	55,3
	Média menos instruída	78	37,5	37,5	92,8
	Operário e rural	15	7,2	7,2	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Est_Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteira	6	2,9	2,9	2,9
	Junt_Uniao	75	36,1	36,1	38,9
	Casada	127	61,1	61,1	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

N_filhos_biol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	129	62,0	62,0	62,0
	1	45	21,6	21,6	83,7
	2	23	11,1	11,1	94,7
	3	9	4,3	4,3	99,0
	4	2	1,0	1,0	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Religião

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Praticante	35	16,8	16,8	16,8
	Nao_Pratic	137	65,9	65,9	82,7
	Protestante	6	2,9	2,9	85,6
	Outra	9	4,3	4,3	89,9
	Nenhuma	19	9,1	9,1	99,0
	Nao_respond	2	1,0	1,0	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Infertilidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primaria	87	41,8	81,3	81,3
	Secundaria	20	9,6	18,7	100,0
	Total	107	51,4	100,0	
Missing	System	101	48,6		
Total		208	100,0		

Anos_Infert

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,0	11	5,3	10,3	10,3
	1,5	7	3,4	6,5	16,8
	2,0	21	10,1	19,6	36,4
	2,5	4	1,9	3,7	40,2
	3,0	16	7,7	15,0	55,1
	4,0	15	7,2	14,0	69,2
	5,0	13	6,3	12,1	81,3
	6,0	5	2,4	4,7	86,0
	7,0	1	,5	,9	86,9
	8,0	3	1,4	2,8	89,7
	9,0	1	,5	,9	90,7
	10,0	1	,5	,9	91,6
	11,0	2	1,0	1,9	93,5
	12,0	2	1,0	1,9	95,3
	14,0	2	1,0	1,9	97,2
	15,0	3	1,4	2,8	100,0
	Total	107	51,4	100,0	
Missing	System	101	48,6		
Total		208	100,0		

Anos_Infe_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 5 anos	87	41,8	81,3	81,3
	> 5 anos	20	9,6	18,7	100,0
	Total	107	51,4	100,0	
Missing	System	101	48,6		
Total		208	100,0		

QS_RS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não_impediu	208	100,0	100,0	100,0

Causa_Inf

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mulher	27	13,0	25,2	25,2
	Homem	30	14,4	28,0	53,3
	Misto	20	9,6	18,7	72,0
	Descohecido	3	1,4	2,8	74,8
	Não_se_sabe	27	13,0	25,2	100,0
	Total	107	51,4	100,0	
Missing	System	101	48,6		
Total		208	100,0		

Trat_Inf

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem tratamento	64	30,8	59,8	59,8
	Fez Tratamento	43	20,7	40,2	100,0
	Total	107	51,4	100,0	
Missing	System	101	48,6		
Total		208	100,0		

Tipo_Trat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	64	30,8	59,8	59,8
	Inducao_Ovul	7	3,4	6,5	66,4
	Insemin	3	1,4	2,8	69,2
	FIV_Tr_Embriao	15	7,2	14,0	83,2
	1+2	7	3,4	6,5	89,7
	1+2+3	7	3,4	6,5	96,3
	2+3	4	1,9	3,7	100,0
	Total	107	51,4	100,0	
Missing	System	101	48,6		
Total		208	100,0		

Anos_Esp

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	,5	,9	,9
	<1 ano	68	32,7	63,6	64,5
	2	1	,5	,9	65,4
	>1 ano	37	17,8	34,6	100,0
	Total	107	51,4	100,0	
Missing	System	101	48,6		
Total		208	100,0		

N_anos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	67	32,2	62,6	62,6
	,8	1	,5	,9	63,6
	1,3	2	1,0	1,9	65,4
	1,5	7	3,4	6,5	72,0
	1,6	1	,5	,9	72,9
	2,0	15	7,2	14,0	86,9
	2,5	3	1,4	2,8	89,7
	3,0	4	1,9	3,7	93,5
	4,0	4	1,9	3,7	97,2
	5,0	1	,5	,9	98,1
	7,0	1	,5	,9	99,1
	9,0	1	,5	,9	100,0
	Total	107	51,4	100,0	
Missing	System	101	48,6		
Total		208	100,0		

N_anos_ 2a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2 anos	78	37,5	72,9	72,9
	> 2 anos	29	13,9	27,1	100,0
	Total	107	51,4	100,0	
Missing	System	101	48,6		
Total		208	100,0		

N_anos_5anos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<2 anos	78	37,5	72,9	72,9
	> 2 anos	29	13,9	27,1	100,0
	Total	107	51,4	100,0	
Missing	System	101	48,6		
Total		208	100,0		

Medicacao

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	144	69,2	69,2	69,2
	ventilan	1	,5	,5	69,7
	ACO	1	,5	,5	70,2
	ACO_Aeri	37	17,8	17,8	88,0
	ACO_ome	1	,5	,5	88,5
	aerius	1	,5	,5	88,9
	antidepr	1	,5	,5	89,4
	antihta	2	1,0	1,0	90,4
	depressa	1	,5	,5	90,9
	duphast	1	,5	,5	91,3
	dostinex	1	,5	,5	91,8
	imunosup	1	,5	,5	92,3
	letter	1	,5	,5	92,8
	Letter	2	1,0	1,0	93,8
	omeprazo	1	,5	,5	94,2
	Pentasa	2	1,0	1,0	95,2
	plaquino	1	,5	,5	95,7
	pulmicor	1	,5	,5	96,2
	seroxat	1	,5	,5	96,6
	sinvasta	1	,5	,5	97,1
	slameter	1	,5	,5	97,6
	symbicor	1	,5	,5	98,1
	AAS	2	1,0	1,0	99,0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid utrogest	2	1,0	1,0	100,0
Total	208	100,0	100,0	

Modif_VS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	45	21,6	42,1	42,1
nao	62	29,8	57,9	100,0
Total	107	51,4	100,0	
Missing System	101	48,6		
Total	208	100,0		

Desejo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,2	3	1,4	1,4	1,4
1,8	5	2,4	2,4	3,8
2,4	13	6,3	6,3	10,1
3,0	5	2,4	2,4	12,5
3,2	1	,5	,5	13,0
3,6	58	27,9	27,9	40,9
4,2	20	9,6	9,6	50,5
4,8	47	22,6	22,6	73,1
5,4	40	19,2	19,2	92,3
6,0	16	7,7	7,7	100,0
Total	208	100,0	100,0	

Excitação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,2	1	,5	,5	,5
	1,8	1	,5	,5	1,0
	2,1	3	1,4	1,4	2,4
	2,4	2	1,0	1,0	3,4
	2,7	1	,5	,5	3,8
	3,0	5	2,4	2,4	6,3
	3,3	3	1,4	1,4	7,7
	3,6	6	2,9	2,9	10,6
	3,9	7	3,4	3,4	13,9
	4,2	14	6,7	6,7	20,7
	4,3	2	1,0	1,0	21,6
	4,5	23	11,1	11,1	32,7
	4,8	25	12,0	12,0	44,7
	5,1	21	10,1	10,1	54,8
	5,4	29	13,9	13,9	68,8
	5,7	25	12,0	12,0	80,8
	6,0	40	19,2	19,2	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Lubrificação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,2	1	,5	,5	,5
	1,8	2	1,0	1,0	1,4
	2,4	1	,5	,5	1,9
	2,7	1	,5	,5	2,4
	3,0	1	,5	,5	2,9
	3,3	2	1,0	1,0	3,8
	3,6	5	2,4	2,4	6,3
	3,9	3	1,4	1,4	7,7
	4,2	14	6,7	6,7	14,4
	4,5	12	5,8	5,8	20,2
	4,8	17	8,2	8,2	28,4
	5,1	20	9,6	9,6	38,0
	5,4	25	12,0	12,0	50,0
	5,7	29	13,9	13,9	63,9
	6,0	75	36,1	36,1	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Orgasmo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,2	2	1,0	1,0	1,0
	1,6	3	1,4	1,4	2,4
	2,0	1	,5	,5	2,9
	2,4	1	,5	,5	3,4
	2,8	6	2,9	2,9	6,3
	3,2	8	3,8	3,8	10,1
	3,6	7	3,4	3,4	13,5
	4,0	11	5,3	5,3	18,8
	4,4	20	9,6	9,6	28,4
	4,8	26	12,5	12,5	40,9
	5,2	26	12,5	12,5	53,4
	5,6	27	13,0	13,0	66,3
	6,0	70	33,7	33,7	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Satisfação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,6	2	1,0	1,0	1,0
	2,0	1	,5	,5	1,4
	2,4	2	1,0	1,0	2,4
	2,8	2	1,0	1,0	3,4
	3,2	5	2,4	2,4	5,8
	3,6	10	4,8	4,8	10,6
	4,0	8	3,8	3,8	14,4
	4,4	8	3,8	3,8	18,3
	4,8	37	17,8	17,8	36,1
	5,0	2	1,0	1,0	37,0
	5,2	22	10,6	10,6	47,6
	5,6	34	16,3	16,3	63,9
	6,0	75	36,1	36,1	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Dor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,2	1	,5	,5	,5
	1,6	2	1,0	1,0	1,4
	2,0	4	1,9	1,9	3,4
	2,4	2	1,0	1,0	4,3
	2,8	2	1,0	1,0	5,3
	3,2	6	2,9	2,9	8,2
	3,6	16	7,7	7,7	15,9
	4,0	6	2,9	2,9	18,8
	4,2	1	,5	,5	19,2
	4,4	10	4,8	4,8	24,0
	4,8	19	9,1	9,1	33,2
	5,2	22	10,6	10,6	43,8
	5,6	30	14,4	14,4	58,2
	6,0	87	41,8	41,8	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Bom

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	,5	,5	,5
	3	3	1,4	1,4	1,9
	4	16	7,7	7,7	9,6
	5	45	21,6	21,6	31,3
	6	70	33,7	33,7	64,9
	7	73	35,1	35,1	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Agradavel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	4	1,9	1,9	1,9
	4	14	6,7	6,7	8,7
	5	36	17,3	17,3	26,0
	6	72	34,6	34,6	60,6
	7	82	39,4	39,4	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Positivo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	,5	,5	,5
	3	2	1,0	1,0	1,4
	4	19	9,1	9,1	10,6
	5	22	10,6	10,6	21,2
	6	77	37,0	37,0	58,2
	7	87	41,8	41,8	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Satisf

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	1,0	1,0	1,0
	3	4	1,9	1,9	2,9
	4	15	7,2	7,2	10,1
	5	45	21,6	21,6	31,7
	6	63	30,3	30,3	62,0
	7	79	38,0	38,0	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Valioso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	4	1,9	1,9	1,9
	4	11	5,3	5,3	7,2
	5	23	11,1	11,1	18,3
	6	64	30,8	30,8	49,0
	7	106	51,0	51,0	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

um

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-2	2	1,0	1,0	1,0
	-1	3	1,4	1,4	2,4
	0	24	11,5	11,5	13,9
	A_concordo	58	27,9	27,9	41,8
	B_Concor_ligeir	121	58,2	58,2	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

dois

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	108	51,9	51,9	51,9
-1	29	13,9	13,9	65,9
0	32	15,4	15,4	81,3
A_concordo	24	11,5	11,5	92,8
B_Concor_ligeir	15	7,2	7,2	100,0
Total	208	100,0	100,0	

tres

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	127	61,1	61,1	61,1
-1	41	19,7	19,7	80,8
0	25	12,0	12,0	92,8
A_concordo	13	6,3	6,3	99,0
B_Concor_ligeir	2	1,0	1,0	100,0
Total	208	100,0	100,0	

quat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	9	4,3	4,3	4,3
-1	28	13,5	13,5	17,8
0	53	25,5	25,5	43,3
A_concordo	78	37,5	37,5	80,8
B_Concor_ligeir	40	19,2	19,2	100,0
Total	208	100,0	100,0	

cinc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	134	64,4	64,4	64,4
-1	47	22,6	22,6	87,0
0	9	4,3	4,3	91,3
A_concordo	14	6,7	6,7	98,1
B_Concor_ligeir	4	1,9	1,9	100,0
Total	208	100,0	100,0	

seis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	161	77,4	77,4	77,4
-1	26	12,5	12,5	89,9
0	15	7,2	7,2	97,1
A_concordo	4	1,9	1,9	99,0
B_Concor_ligeir	2	1,0	1,0	100,0
Total	208	100,0	100,0	

sete

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	142	68,3	68,3	68,3
-1	20	9,6	9,6	77,9
0	17	8,2	8,2	86,1
A_concordo	24	11,5	11,5	97,6
B_Concor_ligeir	5	2,4	2,4	100,0
Total	208	100,0	100,0	

oito

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	134	64,4	64,4	64,4
-1	32	15,4	15,4	79,8
0	24	11,5	11,5	91,3
A_concordo	15	7,2	7,2	98,6
B_Concor_ligeir	3	1,4	1,4	100,0
Total	208	100,0	100,0	

nove

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	136	65,4	65,4	65,4
-1	51	24,5	24,5	89,9
0	15	7,2	7,2	97,1
A_concordo	6	2,9	2,9	100,0
Total	208	100,0	100,0	

dez

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	6	2,9	2,9	2,9
-1	21	10,1	10,1	13,0
0	26	12,5	12,5	25,5
A_concordo	96	46,2	46,2	71,6
B_Concor_ligeir	59	28,4	28,4	100,0
Total	208	100,0	100,0	

onze

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	129	62,0	62,0	62,0
-1	32	15,4	15,4	77,4
0	22	10,6	10,6	88,0
A_concordo	17	8,2	8,2	96,2
B_Concor_ligeir	8	3,8	3,8	100,0
Total	208	100,0	100,0	

doze

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	131	63,0	63,0	63,0
-1	40	19,2	19,2	82,2
0	15	7,2	7,2	89,4
A_concordo	17	8,2	8,2	97,6
B_Concor_ligeir	5	2,4	2,4	100,0
Total	208	100,0	100,0	

treze

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	1	,5	,5	,5
-1	8	3,8	3,8	4,3
0	31	14,9	14,9	19,2
A_concordo	31	14,9	14,9	34,1
B_Concor_ligeir	137	65,9	65,9	100,0
Total	208	100,0	100,0	

quatorz

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	2	1,0	1,0	1,0
-1	12	5,8	5,8	6,7
0	15	7,2	7,2	13,9
A_concordo	58	27,9	27,9	41,8
B_Concor_ligeir	121	58,2	58,2	100,0
Total	208	100,0	100,0	

quinze

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -2	129	62,0	62,0	62,0
-1	45	21,6	21,6	83,7
0	12	5,8	5,8	89,4
A_concordo	13	6,3	6,3	95,7
B_Concor_ligeir	9	4,3	4,3	100,0
Total	208	100,0	100,0	

S_estima_s

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -7	1	,5	,5	,5
-6	3	1,4	1,4	1,9
-5	1	,5	,5	2,4
-4	2	1,0	1,0	3,4
-3	2	1,0	1,0	4,3
-2	2	1,0	1,0	5,3
-1	1	,5	,5	5,8
0	9	4,3	4,3	10,1
1	8	3,8	3,8	13,9
2	6	2,9	2,9	16,8
3	12	5,8	5,8	22,6
4	11	5,3	5,3	27,9
5	21	10,1	10,1	38,0
6	24	11,5	11,5	49,5
7	28	13,5	13,5	63,0
8	41	19,7	19,7	82,7
9	30	14,4	14,4	97,1
10	6	2,9	2,9	100,0
Total	208	100,0	100,0	

S_depres_se

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -10	68	32,7	32,7	32,7
-9	21	10,1	10,1	42,8
-8	20	9,6	9,6	52,4
-7	18	8,7	8,7	61,1
-6	13	6,3	6,3	67,3
-5	10	4,8	4,8	72,1
-4	12	5,8	5,8	77,9
-3	3	1,4	1,4	79,3
-2	4	1,9	1,9	81,3
-1	11	5,3	5,3	86,5
0	5	2,4	2,4	88,9
1	6	2,9	2,9	91,8
2	3	1,4	1,4	93,3
3	3	1,4	1,4	94,7
4	3	1,4	1,4	96,2
5	4	1,9	1,9	98,1
6	2	1,0	1,0	99,0
10	2	1,0	1,0	100,0
Total	208	100,0	100,0	

S_preoc_s

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -10	58	27,4	27,5	27,5
-9	37	17,8	17,9	45,4
-8	23	11,1	11,1	56,5
-7	26	12,5	12,6	69,1
-6	12	5,8	5,8	74,9
-5	14	6,7	6,8	81,6
-4	14	6,7	6,8	88,4
-3	9	4,3	4,3	92,8
-2	4	1,9	1,9	94,7
-1	2	1,0	1,0	95,7
0	5	2,4	2,4	98,1
2	1	,5	,5	98,6
3	2	1,0	1,0	99,5
4	1	,5	,5	100,0
Total	208	100,0	100,0	

Total_GMSEX

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	1	,5	,5	,5
	15	1	,5	,5	1,0
	17	1	,5	,5	1,4
	18	2	1,0	1,0	2,4
	20	9	4,3	4,3	6,7
	21	2	1,0	1,0	7,7
	22	1	,5	,5	8,2
	23	4	1,9	1,9	10,1
	24	4	1,9	1,9	12,0
	25	9	4,3	4,3	16,3
	26	5	2,4	2,4	18,8
	27	10	4,8	4,8	23,6
	28	13	6,3	6,3	29,8
	29	8	3,8	3,8	33,7
	30	31	14,9	14,9	48,6
	31	8	3,8	3,8	52,4
	32	16	7,7	7,7	60,1
	33	11	5,3	5,3	65,4
	34	20	9,6	9,6	75,0
	35	52	25,0	25,0	100,0
Total		208	100,0	100,0	

```

DATASET ACTIVATE DataSet2. DATASET
      CLOSE DataSet1.
T-TEST GROUPS=Tipo(1 2)
      /MISSING=ANALYSIS
      /VARIABLES=Idade
      /CRITERIA=CI (.95) .

```

T-Test

Group Statistics

Tipo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Idade	A_fert	101	31,07	5,481	,545
	B_Inf	107	32,16	3,859	,373

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Idade	Equal variances assumed	20,323	,000	-1,665	206
	Equal variances not assumed			-1,649	178,575

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Idade	Equal variances assumed	,097	-1,090	,654
	Equal variances not assumed	,101	-1,090	,661

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Idade	Equal variances assumed	-2,380	,201
	Equal variances not assumed	-2,394	,214

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=Desejo Excitação Lubrificação Orgasmo Satisfação Dor
Total_FSFI Total_GMSEX
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Desejo	208	1,2	6,0	4,290	1,1026
Excitação	208	1,2	6,0	4,941	,9598
Lubrificação	208	1,2	6,0	5,269	,8825
Orgasmo	208	1,2	6,0	5,012	1,0945
Satisfação	208	1,6	6,0	5,179	,9452
Dor	208	1,2	6,0	5,132	1,1069
Total_FSFI	208	10,2	36,0	29,827	4,7884
Total_GMSEX	208	12	35	30,22	4,769
Valid N (listwise)	208				

```
RECODE Idade (18 thru 20=1) (21 thru 25=2) (26 thru 30=3) (31 thru 35=
6 thru 40=5) (41 thru Highest=6) INTO Idade_grp.
EXECUTE
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Idade_grp
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

Idade_grp

N	Valid	208
	Missing	0

Idade_grp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	2	1,0	1,0	1,0
2,00	23	11,1	11,1	12,0
3,00	52	25,0	25,0	37,0
4,00	81	38,9	38,9	76,0
5,00	50	24,0	24,0	100,0
Total	208	100,0	100,0	

Crosstabs

Idade_grp * Tipo Crosstabulation

			Tipo		Total
			A_fert	B_Inf	
Idade_grp	até 20 anos	Count	2	0	2
		% within Idade_grp	100,0%	,0%	100,0%
		% within Tipo	2,0%	,0%	1,0%
	21-25	Count	16	7	23
		% within Idade_grp	69,6%	30,4%	100,0%
		% within Tipo	15,8%	6,5%	11,1%
	26-30	Count	25	27	52
		% within Idade_grp	48,1%	51,9%	100,0%
		% within Tipo	24,8%	25,2%	25,0%
	31-35	Count	29	52	81
		% within Idade_grp	35,8%	64,2%	100,0%
		% within Tipo	28,7%	48,6%	38,9%
	36-40	Count	29	21	50
		% within Idade_grp	58,0%	42,0%	100,0%
		% within Tipo	28,7%	19,6%	24,0%
Total		Count	101	107	208
		% within Idade_grp	48,6%	51,4%	100,0%
		% within Tipo	100,0%	100,0%	100,0%

CROSSTABS

```
/TABLES=Escolar BY Tipo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN
/COUNT ROUND CELL.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Escolar BY Tipo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
```

```

/CELLS=COUNT ROW COLUMN
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Escolar * Tipo Crosstabulation

			Tipo		Total
			A_fert	B_Inf	
Escolar	4_classe	Count	0	2	2
		% within Escolar	,0%	100,0%	100,0%
		% within Tipo	,0%	1,9%	1,0%
	6_ano	Count	6	1	7
		% within Escolar	85,7%	14,3%	100,0%
		% within Tipo	5,9%	,9%	3,4%
	9_ano	Count	13	17	30
		% within Escolar	43,3%	56,7%	100,0%
		% within Tipo	12,9%	15,9%	14,4%
	12_ano	Count	36	46	82
		% within Escolar	43,9%	56,1%	100,0%
		% within Tipo	35,6%	43,0%	39,4%
	Bacha_Lic	Count	46	41	87
		% within Escolar	52,9%	47,1%	100,0%
		% within Tipo	45,5%	38,3%	41,8%
Total		Count	101	107	208
		% within Escolar	48,6%	51,4%	100,0%
		% within Tipo	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,445 ^a	4	,114
Likelihood Ratio	8,607	4	,072
Linear-by-Linear Association	,234	1	,628
N of Valid Cases	208		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,97.

CROSSTABS

```

/TABLES=Est_Civil BY Tipo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW COLUMN
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Est_Civil * Tipo	208	100,0%	0	,0%	208	100,0%

Est_Civil * Tipo Crosstabulation

			Tipo		Total
			A_fert	B_Inf	
Est_Civil	Solteira	Count	4	2	6
		% within Est_Civil	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Tipo	4,0%	1,9%	2,9%
	Junt_Uniao	Count	35	40	75
		% within Est_Civil	46,7%	53,3%	100,0%
		% within Tipo	34,7%	37,4%	36,1%
	Casada	Count	62	65	127
		% within Est_Civil	48,8%	51,2%	100,0%
		% within Tipo	61,4%	60,7%	61,1%
Total		Count	101	107	208
		% within Est_Civil	48,6%	51,4%	100,0%
		% within Tipo	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,899 ^a	2	,638
Likelihood Ratio	,911	2	,634
Linear-by-Linear Association	,036	1	,849
N of Valid Cases	208		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,91.

```
T-TEST GROUPS=Tipo(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Ida_Parc Anos_Juntos
/CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Group Statistics

Tipo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ida_Parc	A_fert	101	34,61	5,713	,568
	B_Inf	107	33,89	4,949	,478
Anos_Juntos	A_fert	101	5,54	4,177	,416
	B_Inf	107	5,95	3,861	,373

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Ida_Parc	Equal variances assumed	4,163	,043	,981	206
	Equal variances not assumed			,977	198,087
Anos_Juntos	Equal variances assumed	,606	,437	-,725	206
	Equal variances not assumed			-,723	202,243

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Ida_Parc	Equal variances assumed	,328	,726	,740
	Equal variances not assumed	,330	,726	,743
Anos_Juntos	Equal variances assumed	,469	-,404	,557
	Equal variances not assumed	,470	-,404	,559

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Ida_Parc	Equal variances assumed	-,733	2,185
	Equal variances not assumed	-,739	2,191
Anos_Juntos	Equal variances assumed	-1,503	,695
	Equal variances not assumed	-1,506	,698

CROSSTABS

```

/TABLES=N_filhos_biol BY Tipo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
N_filhos_biol * Tipo	208	100,0%	0	,0%	208	100,0%

CROSSTABS

```

/TABLES=N_filhos_biol BY Tipo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT COLUMN
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

N_filhos_biol * Tipo Crosstabulation

			Tipo		Total
			A_fert	B_Inf	
N_filhos_biol	0	Count	30	99	129
		% within Tipo	29,7%	92,5%	62,0%
	1	Count	39	6	45
		% within Tipo	38,6%	5,6%	21,6%
	2	Count	23	0	23
		% within Tipo	22,8%	,0%	11,1%
	3	Count	7	2	9
		% within Tipo	6,9%	1,9%	4,3%
	4	Count	2	0	2
		% within Tipo	2,0%	,0%	1,0%
Total		Count	101	107	208
		% within Tipo	100,0%	100,0%	100,0%

CROSSTABS

```

/TABLES=Religiao BY Tipo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT COLUMN
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Religiao * Tipo	208	100,0%	0	,0%	208	100,0%

Religião * Tipo Crosstabulation

			Tipo		Total
			A_fert	B_Inf	
Religio	Praticante	Count	24	11	35
		% within Tipo	23,8%	10,3%	16,8%
	Nao_Pratic	Count	64	73	137
		% within Tipo	63,4%	68,2%	65,9%
	Protestante	Count	4	2	6
		% within Tipo	4,0%	1,9%	2,9%
	Outra	Count	1	8	9
		% within Tipo	1,0%	7,5%	4,3%
	Nenhuma	Count	8	11	19
		% within Tipo	7,9%	10,3%	9,1%
	Nao_respond	Count	0	2	2
		% within Tipo	,0%	1,9%	1,0%
Total		Count	101	107	208
		% within Tipo	100,0%	100,0%	100,0%

CROSSTABS

```

/TABLES=Classe BY Tipo
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Classe * Tipo Crosstabulation

			Tipo		Total
			A_fert	B_Inf	
Classe	Superior	Count	11	10	21
		% within Classe	52,4%	47,6%	100,0%
		% within Tipo	10,9%	9,3%	10,1%
		% of Total	5,3%	4,8%	10,1%
	Média mais instruída	Count	47	47	94
		% within Classe	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Tipo	46,5%	43,9%	45,2%
		% of Total	22,6%	22,6%	45,2%
	Média menos instruída	Count	35	43	78
		% within Classe	44,9%	55,1%	100,0%
		% within Tipo	34,7%	40,2%	37,5%
		% of Total	16,8%	20,7%	37,5%

Operário e rural	Count	8	7	15
	% within Classe	53,3%	46,7%	100,0%
	% within Tipo	7,9%	6,5%	7,2%
	% of Total	3,8%	3,4%	7,2%
Total	Count	101	107	208
	% within Classe	48,6%	51,4%	100,0%
	% within Tipo	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	48,6%	51,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,762 ^a	3	,858
Likelihood Ratio	,763	3	,858
Linear-by-Linear Association	,164	1	,686
N of Valid Cases	208		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,28.

6. Outputs da Consistência Interna

RELIABILITY

```
/VARIABLES=Freq_Desej Grau_Desej
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,820	2

RELIABILITY

```
/VARIABLES=Fre_Excit Nivel_Exc Conf_Exc Sat_Exc
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,875	4

RELIABILITY

```
/VARIABLES=Freq_Lubr Dific_Lubr Freq_m_Lubr Dif_m_Lub
```

```

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,847	4

RELIABILITY

```

/VARIABLES=Freq_orgas Dific_orgas Sat_Orgas
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,845	3

RELIABILITY

```

/VARIABLES=Grau_prox Sat_RS Sat_VS
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,875	3

RELIABILITY

```
/VARIABLES=Dor_d_penet Dor_a_penet Grau_dor_pen  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,901	3

RELIABILITY

```
/VARIABLES=Freq_Desej Grau_Desej Fre_Excit Nivel_Exc Conf_Exc Sat_Exc F  
q_Lubr Dific_Lubr Freq_m_Lubr Dif_m_Lub Freq_orgas Dific_orgas Sat_Orgas G  
au_prox Sat_RS Sat_VS Dor_d_penet Dor_a_penet Grau_dor_pen  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,939	19

RELIABILITY

```
/VARIABLES=Bom Agradavel Positivo Satisf Valioso  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,956	5

RELIABILITY

```
/VARIABLES=um quat dez treze quatorz  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,785	5

RELIABILITY

```
/VARIABLES=dois cinc sete onze quinze  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,853	5

RELIABILITY

```
/VARIABLES=tres seis oito nove doze  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	208	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	208	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,629	5

7. Outputs da Análise Estatística - 7.1. Hipótese nº 1

GET

```
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT. T-TEST
GROUPS=Tipo(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Desejo Excitação Lubrificação Orgasmo Satisfação Dor Total_FSFI
/CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Group Statistics

Tipo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Desejo	A_fert	101	4,503	1,1019	,1096
	B_Inf	107	4,090	1,0701	,1034
Excitação	A_fert	101	5,153	,9014	,0897
	B_Inf	107	4,740	,9740	,0942
Lubrificação	A_fert	101	5,394	,7960	,0792
	B_Inf	107	5,150	,9455	,0914
Orgasmo	A_fert	101	5,133	1,0370	,1032
	B_Inf	107	4,897	1,1391	,1101
Satisfação	A_fert	101	5,216	,9447	,0940
	B_Inf	107	5,144	,9488	,0917
Dor	A_fert	101	5,2733	1,03681	,10317
	B_Inf	107	4,9981	1,15823	,11197
Total_FSFI	A_fert	101	30,623	4,6060	,4583
	B_Inf	107	29,077	4,8569	,4695

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Desejo	Equal variances assumed	,001	,970	2,744	206
	Equal variances not assumed			2,741	204,445
Excitação	Equal variances assumed	,630	,428	3,171	206
	Equal variances not assumed			3,178	205,922
Lubrificação	Equal variances assumed	4,914	,028	2,004	206
	Equal variances not assumed			2,014	203,390
Orgasmo	Equal variances assumed	1,453	,229	1,556	206
	Equal variances not assumed			1,560	205,735

Satisfação	Equal variances assumed	,447	,505	,547	206
	Equal variances not assumed			,548	205,407
Dor	Equal variances assumed	3,738	,055	1,801	206
	Equal variances not assumed			1,807	205,431
Total_FSFI	Equal variances assumed	1,066	,303	2,353	206
	Equal variances not assumed			2,356	205,995

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Desejo	Equal variances assumed	,007	,4133	,1506
	Equal variances not assumed	,007	,4133	,1507
Excitação	Equal variances assumed	,002	,4133	,1303
	Equal variances not assumed	,002	,4133	,1300
Lubrificação	Equal variances assumed	,046	,2436	,1215
	Equal variances not assumed	,045	,2436	,1209
Orgasmo	Equal variances assumed	,121	,2355	,1513
	Equal variances not assumed	,120	,2355	,1509
Satisfação	Equal variances assumed	,585	,0719	,1314
	Equal variances not assumed	,585	,0719	,1313
Dor	Equal variances assumed	,073	,27514	,15274
	Equal variances not assumed	,072	,27514	,15225
Total_FSFI	Equal variances assumed	,020	1,5461	,6571
	Equal variances not assumed	,019	1,5461	,6561

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Desejo	Equal variances assumed	,1163	,7102
	Equal variances not assumed	,1160	,7105
Excitação	Equal variances assumed	,1563	,6702
	Equal variances not assumed	,1569	,6697

Lubrificação	Equal variances assumed	,0040	,4832
	Equal variances not assumed	,0051	,4821
Orgasmo	Equal variances assumed	-,0629	,5338
	Equal variances not assumed	-,0621	,5330
Satisfação	Equal variances assumed	-,1871	,3309
	Equal variances not assumed	-,1870	,3309
Dor	Equal variances assumed	-,02600	,57627
	Equal variances not assumed	-,02504	,57531
Total_FSFI	Equal variances assumed	,2505	2,8417
	Equal variances not assumed	,2525	2,8397

7. Outputs da Análise Estatística - 7.2. Hipótese nº 2

```
T-TEST GROUPS=Tipo(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Total_GMSEX
/CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Group Statistics

Tipo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total_GMSEX	A_fert	101	30,91	4,184	,416
	B_inf	107	29,57	5,198	,503

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Total_GMSEX	Equal variances assumed	2,773	,097	2,042	206
	Equal variances not assumed			2,055	201,042

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Total_GMSEX	Equal variances assumed	,042	1,341	,657
	Equal variances not assumed	,041	1,341	,653

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Total_GMSEX	Equal variances assumed	,046	2,635
	Equal variances not assumed	,054	2,628

7. Outputs da Análise Estatística - 7.3. Hipótese nº 3

```
T-TEST GROUPS=Tipo(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=S_estima_s S_depres_se S_preoc_s
/CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Group Statistics

	Tipo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
S_estima_s	A_fert	101	6,34	2,899	,288
	B_Inf	107	4,80	3,893	,376
S_depres_se	A_fert	101	-6,87	3,580	,356
	B_Inf	107	-5,42	5,229	,505
S_preoc_s	A_fert	101	-7,76	2,871	,286
	B_Inf	106	-6,68	3,003	,292

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
S_estima_s	Equal variances assumed	4,534	,034	3,206	206
	Equal variances not assumed			3,232	195,575
S_depres_se	Equal variances assumed	16,736	,000	-2,322	206
	Equal variances not assumed			-2,346	188,209
S_preoc_s	Equal variances assumed	,792	,374	-2,650	205
	Equal variances not assumed			-2,653	204,997

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
S_estima_s	Equal variances assumed	,002	1,533	,478
	Equal variances not assumed	,001	1,533	,474
S_depres_se	Equal variances assumed	,021	-1,451	,625
	Equal variances not assumed	,020	-1,451	,618
S_preoc_s	Equal variances assumed	,009	-1,083	,409
	Equal variances not assumed	,009	-1,083	,408

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
S_estima_s	Equal variances assumed	,590	2,476
	Equal variances not assumed	,598	2,468
S_depres_se	Equal variances assumed	-2,683	-,219
	Equal variances not assumed	-2,671	-,231
S_preoc_s	Equal variances assumed	-1,889	-,277
	Equal variances not assumed	-1,888	-,278

7. Outputs da Análise Estatística - 7.4. Hipótese nº 4

```
EXAMINE VARIABLES=Desejo Excitação Lubrificação Orgasmo Satisfação Dor Tot
l_FSFI Total_GMSEX S_estima_s S_depres_se S_preoc_s BY Anos_Infe_2
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUPS
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

Explore

Anos_Infe_2

Tests of Normality^a

Anos_Infe_2		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Desejo	Até 5 anos	,187	86	,000 [*]	,928	86	,000
	> 5 anos	,144	20	,200	,938	20	,216
Excitação	Até 5 anos	,126	86	,002	,914	86	,000
	> 5 anos	,171	20	,129	,917	20	,087
Lubrificação	Até 5 anos	,171	86	,000	,862	86	,000
	> 5 anos	,284	20	,000	,797	20	,001
Orgasmo	Até 5 anos	,171	86	,000	,852	86	,000
	> 5 anos	,183	20	,077	,878	20	,016
Satisfação	Até 5 anos	,197	86	,000	,827	86	,000
	> 5 anos	,214	20	,017	,826	20	,002
Dor	Até 5 anos	,195	86	,000	,833	86	,000
	> 5 anos	,250	20	,002	,803	20	,001
Total_FSFI	Até 5 anos	,096	86	,048	,930	86	,000
	> 5 anos	,189	20	,059	,875	20	,014
Total_GMSEX	Até 5 anos	,181	86	,000	,884	86	,000
	> 5 anos	,198	20	,039	,827	20	,002
S_estima_s	Até 5 anos	,209	86	,000	,864	86	,000
	> 5 anos	,187	20	,066	,846	20	,005
S_depres_se	Até 5 anos	,197	86	,000	,814	86	,000
	> 5 anos	,177	20	,102	,875	20	,015
S_preoc_s	Até 5 anos	,156	86	,000 [*]	,897	86	,000
	> 5 anos	,120	20	,200	,931	20	,164

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

```

T-TEST GROUPS=Anos_Infe_2(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Desejo Excitação Lubrificação Orgasmo Satisfação Dor Total_F
I Total_GMSEX S_estima_s S_depres_se S_preoc_s
/CRITERIA=CI(.95).

```

T-Test

Group Statistics

Anos_Infe_2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Desejo	Até 5 anos	87	4,076	1,0236	,1097
	> 5 anos	20	4,150	1,2812	,2865
Excitação	Até 5 anos	87	4,739	,9592	,1028
	> 5 anos	20	4,745	1,0620	,2375
Lubrificação	Até 5 anos	87	5,203	,8182	,0877
	> 5 anos	20	4,920	1,3744	,3073
Orgasmo	Até 5 anos	87	4,915	1,1263	,1207
	> 5 anos	20	4,820	1,2207	,2730
Satisfação	Até 5 anos	87	5,147	,9487	,1017
	> 5 anos	20	5,130	,9739	,2178
Dor	Até 5 anos	87	4,9609	1,19450	,12806
	> 5 anos	20	5,1600	,99599	,22271
Total_FSFI	Até 5 anos	87	29,111	4,6998	,5039
	> 5 anos	20	28,925	5,6213	1,2570
Total_GMSEX	Até 5 anos	87	29,43	5,173	,555
	> 5 anos	20	30,20	5,396	1,207
S_estima_s	Até 5 anos	87	4,72	3,890	,417
	> 5 anos	20	5,15	3,990	,892
S_depres_se	Até 5 anos	87	-6,01	4,619	,495
	> 5 anos	20	-2,85	6,885	1,539
S_preoc_s	Até 5 anos	86	-6,97	2,818	,304
	> 5 anos	20	-5,45	3,517	,786

```

T-TEST GROUPS=Anos_Infe_2(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Desejo Excitação S_preoc_s
/CRITERIA=CI(.95).

```

T-Test

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Desejo	Equal variances assumed	2,404	,124	-,278	105
	Equal variances not assumed			-,242	24,866
Excitação	Equal variances assumed	,285	,594	-,024	105
	Equal variances not assumed			-,023	26,588
S_preoc_s	Equal variances assumed	1,129	,291	-2,063	104
	Equal variances not assumed			-1,797	24,973

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Desejo	Equal variances assumed	,781	-,0741	,2665
	Equal variances not assumed	,811	-,0741	,3068
Excitação	Equal variances assumed	,981	-,0059	,2427
	Equal variances not assumed	,982	-,0059	,2588
S_preoc_s	Equal variances assumed	,042	-1,515	,734
	Equal variances not assumed	,084	-1,515	,843

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Desejo	Equal variances assumed	-,6026	,4543
	Equal variances not assumed	-,7062	,5579
Excitação	Equal variances assumed	-,4871	,4753
	Equal variances not assumed	-,5373	,5254
S_preoc_s	Equal variances assumed	-2,971	-,059
	Equal variances not assumed	-3,251	,221

NPART TESTS

```

/M-W= Lubrificação Orgasmo Satisfação Dor Total_FSFI Total_GMSEXS_esti
_s S_depres_se BY Anos_Infe_2(1 2)
/MISSING ANALYSIS.

```

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

Anos_Infe_2		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Lubrificação	Até 5 anos	87	54,08	4705,00
	> 5 anos	20	53,65	1073,00
	Total	107		
Orgasmo	Até 5 anos	87	54,26	4721,00
	> 5 anos	20	52,85	1057,00
	Total	107		
Satisfação	Até 5 anos	87	53,96	4694,50
	> 5 anos	20	54,18	1083,50
	Total	107		
Dor	Até 5 anos	87	53,11	4621,00
	> 5 anos	20	57,85	1157,00
	Total	107		
Total_FSI	Até 5 anos	87	53,78	4679,00
	> 5 anos	20	54,95	1099,00
	Total	107		
Total_GMSEX	Até 5 anos	87	52,86	4598,50
	> 5 anos	20	58,98	1179,50
	Total	107		
S_estima_s	Até 5 anos	87	53,13	4622,00
	> 5 anos	20	57,80	1156,00
	Total	107		
S_depres_se	Até 5 anos	87	51,71	4498,50
	> 5 anos	20	63,98	1279,50
	Total	107		

Test Statistics^a

	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Total_FSI
Mann-Whitney U	863,000	847,000	866,500	793,000	851,000
Wilcoxon W	1073,000	1057,000	4694,500	4621,000	4679,000
Z	-,057	-,187	-,029	-,635	-,152
Asymp. Sig. (2-tailed)	,954	,851	,977	,525	,879

a. Grouping Variable: Anos_Infe_2

Test Statistics^a

	Total_GMSEX	S_estima_s	S_depres_se
Mann-Whitney U	770,500	794,000	670,500
Wilcoxon W	4598,500	4622,000	4498,500
Z	-,806	-,612	-1,627
Asymp. Sig. (2-tailed)	,420	,541	,104

a. Grouping Variable: Anos_Infe_2

7. Outputs da Análise Estatística - 7.5. Hipótese nº 5

```
T-TEST GROUPS=Trat_não_tra(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Desejo Excitação Lubrificação Orgasmo Satisfação Dor Total_F
I Total_GMSEX S_estima_s S_depres_se S_preoc_s
/CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Group Statistics

Trat_não_tra		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Desejo	sem tratamento	64	4,284	,9614	,1202
	com tratamento	43	3,800	1,1662	,1778
Excitação	sem tratamento	64	4,892	,8607	,1076
	com tratamento	43	4,514	1,0934	,1667
Lubrificação	sem tratamento	64	5,241	,9335	,1167
	com tratamento	43	5,016	,9584	,1462
Orgasmo	sem tratamento	64	5,056	1,1632	,1454
	com tratamento	43	4,660	1,0722	,1635
Satisfação	sem tratamento	64	5,275	,8177	,1022
	com tratamento	43	4,949	1,0973	,1673
Dor	sem tratamento	64	5,1438	1,17296	,14662
	com tratamento	43	4,7814	1,11425	,16992
Total_FSFI	sem tratamento	64	29,928	4,5615	,5702
	com tratamento	43	27,809	5,0573	,7712
Total_GMSEX	sem tratamento	64	29,88	5,091	,636
	com tratamento	43	29,12	5,382	,821
S_estima_s	sem tratamento	64	5,03	3,834	,479
	com tratamento	43	4,47	4,002	,610
S_depres_se	sem tratamento	64	-5,98	5,125	,641
	com tratamento	43	-4,58	5,328	,813
S_preoc_s	sem tratamento	63	-6,49	3,167	,399
	com tratamento	43	-6,95	2,760	,421

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Desejo	Equal variances assumed	,446	,506	2,344	105
	Equal variances not assumed			2,257	78,235

Excitação	Equal variances assumed	2,099	,150	1,997	105
	Equal variances not assumed			1,906	75,522
Lubrificação	Equal variances assumed	1,003	,319	1,206	105
	Equal variances not assumed			1,200	88,604
Orgasmo	Equal variances assumed	,238	,627	1,780	105
	Equal variances not assumed			1,809	95,059
Satisfação	Equal variances assumed	2,456	,120	1,761	105
	Equal variances not assumed			1,663	72,462
Dor	Equal variances assumed	,007	,932	1,598	105
	Equal variances not assumed			1,615	93,332
Total_FSFI	Equal variances assumed	1,135	,289	2,255	105
	Equal variances not assumed			2,209	83,775
Total_GMSEX	Equal variances assumed	3,019	,085	,739	105
	Equal variances not assumed			,731	86,778
S_estima_s	Equal variances assumed	,369	,545	,736	105
	Equal variances not assumed			,730	87,564
S_depres_se	Equal variances assumed	,142	,707	-1,366	105
	Equal variances not assumed			-1,356	87,823
S_preoc_s	Equal variances assumed	,210	,648	,775	104
	Equal variances not assumed			,796	97,865

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Desejo	Equal variances assumed	,021	,4844	,2067
	Equal variances not assumed	,027	,4844	,2146
Excitação	Equal variances assumed	,048	,3782	,1894
	Equal variances not assumed	,060	,3782	,1984
Lubrificação	Equal variances assumed	,231	,2243	,1860
	Equal variances not assumed	,233	,2243	,1870
Orgasmo	Equal variances assumed	,078	,3958	,2224
	Equal variances not assumed	,074	,3958	,2188
Satisfação	Equal variances assumed	,081	,3262	,1853
	Equal variances not assumed	,101	,3262	,1961
Dor	Equal variances assumed	,113	,36235	,22673
	Equal variances not assumed	,110	,36235	,22443

Total_FSFI	Equal variances assumed	,026	2,1188	,9398
	Equal variances not assumed	,030	2,1188	,9591
Total_GMSEX	Equal variances assumed	,462	,759	1,027
	Equal variances not assumed	,467	,759	1,039
S_estima_s	Equal variances assumed	,463	,566	,769
	Equal variances not assumed	,468	,566	,776
S_depres_se	Equal variances assumed	,175	-1,403	1,027
	Equal variances not assumed	,179	-1,403	1,035
S_preoc_s	Equal variances assumed	,440	,461	,595
	Equal variances not assumed	,428	,461	,580

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Desejo	Equal variances assumed	,0746	,8942
	Equal variances not assumed	,0571	,9117
Excitação	Equal variances assumed	,0027	,7538
	Equal variances not assumed	-,0170	,7735
Lubrificação	Equal variances assumed	-,1445	,5932
	Equal variances not assumed	-,1473	,5960
Orgasmo	Equal variances assumed	-,0451	,8367
	Equal variances not assumed	-,0386	,8302
Satisfação	Equal variances assumed	-,0412	,6935
	Equal variances not assumed	-,0647	,7170
Dor	Equal variances assumed	-,08720	,81191
	Equal variances not assumed	-,08331	,80802
Total_FSFI	Equal variances assumed	,2554	3,9822
	Equal variances not assumed	,2114	4,0262
Total_GMSEX	Equal variances assumed	-1,278	2,795
	Equal variances not assumed	-1,306	2,823
S_estima_s	Equal variances assumed	-,959	2,092
	Equal variances not assumed	-,976	2,108
S_depres_se	Equal variances assumed	-3,439	,633
	Equal variances not assumed	-3,459	,653

S_preoc_s	Equal variances assumed	-,719	1,642
	Equal variances not assumed	-,689	1,612

7. Outputs da Análise Estatística - 7.6. Hipótese nº 6

```
EXAMINE VARIABLES=Desejo Excitação Lubrificação Orgasmo Satisfação Dor Tot
l_FSFI Total_GMSEX S_estima_s S_depres_se S_preoc_s BY Inicio_Anos_grp
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUPS
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

Explore

Inicio_Anos_grp

Tests of Normality^a

Inicio_Anos_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk
		Statistic	df	Sig.	Statistic
Desejo	Até 2 anos	,248	32	,000 [*]	,918
	> 2 anos	,196	11	,200	,919
Excitação	Até 2 anos	,126	32	,200	,938
	> 2 anos	,237	11	,085	,894
Lubrificação	Até 2 anos	,178	32	,012	,869
	> 2 anos	,219	11	,147	,879
Orgasmo	Até 2 anos	,174	32	,015	,875
	> 2 anos	,245	11	,065	,907
Satisfação	Até 2 anos	,223	32	,000	,837
	> 2 anos	,221	11	,138	,935
Dor	Até 2 anos	,151	32	,063	,894
	> 2 anos	,240	11	,076	,850
Total_FSFI	Até 2 anos	,119	32	,200	,943
	> 2 anos	,132	11	,200 [*]	,945
Total_GMSEX	Até 2 anos	,226	32	,000 [*]	,837
	> 2 anos	,159	11	,200	,903
S_estima_s	Até 2 anos	,142	32	,100 [*]	,921
	> 2 anos	,151	11	,200	,920
S_depres_se	Até 2 anos	,186	32	,006 [*]	,843
	> 2 anos	,116	11	,200	,989
S_preoc_s	Até 2 anos	,189	32	,005 [*]	,880
	> 2 anos	,183	11	,200	,930

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

Inicio_Anos_grp		Shapiro-Wilk	
		df	Sig.
Desejo	Até 2 anos	32	,018
	> 2 anos	11	,314

Excitação	Até 2 anos	32	,066
	> 2 anos	11	,158
Lubrificação	Até 2 anos	32	,001
	> 2 anos	11	,102
Orgasmo	Até 2 anos	32	,002
	> 2 anos	11	,222
Satisfação	Até 2 anos	32	,000
	> 2 anos	11	,460
Dor	Até 2 anos	32	,004
	> 2 anos	11	,052
Total_FSI	Até 2 anos	32	,092
	> 2 anos	11	,584
Total_GMSEX	Até 2 anos	32	,000
	> 2 anos	11	,201
S_estima_s	Até 2 anos	32	,023
	> 2 anos	11	,317
S_depres_se	Até 2 anos	32	,000
	> 2 anos	11	,996
S_preoc_s	Até 2 anos	32	,002
	> 2 anos	11	,414

T-TEST GROUPS=Inicio_Anos_grp(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=Desejo Excitação Lubrificação Orgasmo Satisfação Dor Total_F
I Total_GMSEX S_estima_s S_depres_se S_preoc_s
/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Group Statistics

Inicio_Anos_grp		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Desejo	Até 2 anos	32	4,012	1,0385	,1836
	> 2 anos	11	3,182	1,3430	,4049
Excitação	Até 2 anos	32	4,622	1,0527	,1861
	> 2 anos	11	4,200	1,2000	,3618
Lubrificação	Até 2 anos	32	5,128	,8995	,1590
	> 2 anos	11	4,691	1,0922	,3293
Orgasmo	Até 2 anos	32	4,800	1,1314	,2000
	> 2 anos	11	4,255	,7853	,2368
Satisfação	Até 2 anos	32	5,213	,8709	,1540
	> 2 anos	11	4,182	1,3549	,4085
Dor	Até 2 anos	32	4,7250	1,16923	,20669
	> 2 anos	11	4,9455	,96785	,29182
Total_FSI	Até 2 anos	32	28,619	5,1244	,9059
	> 2 anos	11	25,455	4,2215	1,2728
Total_GMSEX	Até 2 anos	32	30,63	4,844	,856
	> 2 anos	11	24,73	4,519	1,362

S_estima_s	Até 2 anos	32	5,81	2,645	,468
	> 2 anos	11	,55	4,783	1,442
S_depres_se	Até 2 anos	32	-6,41	4,031	,713
	> 2 anos	11	,73	5,217	1,573
S_preoc_s	Até 2 anos	32	-7,03	2,924	,517
	> 2 anos	11	-6,73	2,328	,702

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Desejo	Equal variances assumed	,841	,365	2,121	41
	Equal variances not assumed			1,868	14,338
Excitação	Equal variances assumed	,195	,661	1,107	41
	Equal variances not assumed			1,037	15,638
Lubrificação	Equal variances assumed	1,170	,286	1,317	41
	Equal variances not assumed			1,196	14,945
Orgasmo	Equal variances assumed	1,076	,306	1,476	41
	Equal variances not assumed			1,760	25,218
Satisfação	Equal variances assumed	4,416	,042	2,918	41
	Equal variances not assumed			2,361	12,958
Dor	Equal variances assumed	,439	,511	-,561	41
	Equal variances not assumed			-,616	20,857
Total_FSI	Equal variances assumed	,358	,553	1,840	41
	Equal variances not assumed			2,025	20,961
Total_GMSEX	Equal variances assumed	,132	,719	3,540	41
	Equal variances not assumed			3,665	18,530
S_estima_s	Equal variances assumed	10,339	,003	4,571	41
	Equal variances not assumed			3,475	12,170
S_depres_se	Equal variances assumed	,726	,399	-4,692	41
	Equal variances not assumed			-4,131	14,331
S_preoc_s	Equal variances assumed	1,674	,203	-,312	41
	Equal variances not assumed			-,349	21,725

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Desejo	Equal variances assumed	,040	,8307	,3916
	Equal variances not assumed	,082	,8307	,4446
Excitação	Equal variances assumed	,275	,4219	,3811
	Equal variances not assumed	,316	,4219	,4069
Lubrificação	Equal variances assumed	,195	,4372	,3321
	Equal variances not assumed	,250	,4372	,3657
Orgasmo	Equal variances assumed	,148	,5455	,3696
	Equal variances not assumed	,091	,5455	,3099
Satisfação	Equal variances assumed	,006	1,0307	,3532
	Equal variances not assumed	,035	1,0307	,4366
Dor	Equal variances assumed	,578	-,22045	,39266
	Equal variances not assumed	,544	-,22045	,35760
Total_FSI	Equal variances assumed	,073	3,1642	1,7194
	Equal variances not assumed	,056	3,1642	1,5623
Total_GMSEX	Equal variances assumed	,001	5,898	1,666
	Equal variances not assumed	,002	5,898	1,609
S_estima_s	Equal variances assumed	,000	5,267	1,152
	Equal variances not assumed	,005	5,267	1,516
S_depres_se	Equal variances assumed	,000	-7,134	1,520
	Equal variances not assumed	,001	-7,134	1,727
S_preoc_s	Equal variances assumed	,757	-,304	,975
	Equal variances not assumed	,731	-,304	,872

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Desejo	Equal variances assumed	,0398	1,6216
	Equal variances not assumed	-,1208	1,7822
Excitação	Equal variances assumed	-,3478	1,1916
	Equal variances not assumed	-,4423	1,2860
Lubrificação	Equal variances assumed	-,2334	1,1079
	Equal variances not assumed	-,3425	1,2169
Orgasmo	Equal variances assumed	-,2010	1,2919
	Equal variances not assumed	-,0926	1,1835
Satisfação	Equal variances assumed	,3174	1,7440
	Equal variances not assumed	,0873	1,9741
Dor	Equal variances assumed	-1,01344	,57253
	Equal variances not assumed	-,96444	,52353
Total_FSFI	Equal variances assumed	-,3082	6,6367
	Equal variances not assumed	-,0851	6,4135
Total_GMSEX	Equal variances assumed	2,533	9,263
	Equal variances not assumed	2,524	9,272
S_estima_s	Equal variances assumed	2,940	7,594
	Equal variances not assumed	1,969	8,565
S_depres_se	Equal variances assumed	-10,204	-4,063
	Equal variances not assumed	-10,829	-3,438
S_preoc_s	Equal variances assumed	-2,273	1,665
	Equal variances not assumed	-2,113	1,505

